

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

Par JEAN MAYEUR

Né à Vitry-le-François (Marne) le 15 juin 1873.

TECHNIQUES ET RÉSULTATS

DE

L'EXAMEN EXTERIEUR DU FOIE

CHEZ LES DYSPEPTIQUES

D'après 560 cas observés à l'hôpital Andral

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges { MM. GILLES DE LA TOURETTE, professeur.
WURTZ et REMY, agrèges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

48

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 novembre 1900, à 1 heure

Par JEAN MAYEUR

Né à Vitry-le-François (Marne) le 15 juin 1873.

TECHNIQUES ET RÉSULTATS

DE

L'EXAMEN EXTÉRIEUR DU FOIE

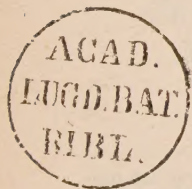
CHEZ LES DYSPEPTIQUES

D'après 560 cas observés à l'hôpital Andral

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges { MM. GILLES DE LA TOURETTE, professeur.
WURTZ et REMY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pat ologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISSAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale	}	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinales		BERGER.
Clinique d'accouchements	}	DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.					
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX		
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT		
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ		
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER		
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH		
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER		
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL		
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ		
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER			
	LEGUEU	THIERY			

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550224_0087

PRÉFACE

Avant d'aborder ce travail, nous prions M. le professeur Brissaud de vouloir bien agréer nos plus respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le Dr Albert Mathieu nous a inspiré l'idée de ce travail : pour le mener à bien, il nous a prodigué ses conseils et son temps.

Nous avons à cœur de lui adresser nos plus sincères remerciements et de lui exprimer notre vive gratitude pour les nombreuses marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les trois années que nous avons suivi son service à l'hôpital Andral. Son enseignement, clair et précis, sera pour nous l'un des meilleurs guides dans le cours de notre pratique médicale. Aussi sommes-nous fier de pouvoir nous dire son élève.

Que M. le professeur Duplay, que MM. les Drs Peyrot et Tapret veuillent bien nous permettre de leur adresser nos plus respectueux remerciements pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier M. le professeur agrégé Legueu pour le bienveillant accueil qu'il nous a fait pendant l'année que nous avons passée

dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Nous nous souviendrons toujours de sa sollicitude pour nous et nous le prions de vouloir bien croire à notre profonde reconnaissance.

M. le professeur agrégé Bar a bien voulu nous accueillir pendant cinq mois dans son service à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Qu'il nous soit permis de lui adresser nos plus respectueux remerciements pour la bienveillance qu'il a montrée à notre égard, ainsi qu'à M. le Dr Tissier.

Nous n'oublierons pas non plus les conseils éclairés que nous ont prodigués M. le Dr Barbier pendant notre passage à l'hôpital Trousseau et M. le Dr Duflocq qui a bien voulu nous recevoir dans son service de l'hôpital Tenon. Nous les en remercions bien sincèrement.

Nous ne saurions trop remercier notre ami, M. le Dr Milian, des nombreuses marques d'amitié et des conseils affectueux qu'il nous a donnés au cours de nos études médicales. Nous lui en serons toujours profondément reconnaissant et nous le prions de croire à notre vive affection et à notre entier dévouement.

Nous garderons le meilleur souvenir des preuves d'amitié qu'ont bien voulu nous témoigner, lors de notre passage dans les hôpitaux, MM. les Drs Hivet, Bufnoir, Lippmann, Mouchotte, Jeaumier, Laboulais, Bloch et Demay.

TECHNIQUES ET RÉSULTATS
DE
L'EXAMEN EXTÉRIEUR DU FOIE
CHEZ LES DYSPEPTIQUES
D'après 560 cas observés à l'hôpital Andral

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, notre maître, M. Mathieu, fait systématiquement l'examen physique du foie chez tous les dyspeptiques, hommes et femmes, quels qu'ils soient.

Ayant suivi son service depuis trois ans, nous avons souvent assisté à ses consultations du mercredi faites à l'hôpital Andral et destinées uniquement aux malades du dehors qui souffrent de l'estomac.

Pendant un an environ, nous avons pris nous-même les observations de ces malades, et, à maintes reprises, M. Mathieu a bien voulu nous faire remarquer combien il lui arrivait fréquemment de trouver les dimensions du foie normales.

Frappé par cette constatation, il nous a alors engagé à rechercher l'état objectif du foie au point de vue de son volume et de sa situation et à en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons relevé et lu toutes les observations de gastropathes prises depuis deux ans dans son service et dans lesquelles était consigné l'état du foie. Dans tous les cas que nous allons rapporter, le foie aura toujours été examiné par M. Mathieu.

Notre statistique porte sur 560 observations, 329 concernent l'homme et 231 la femme. Ce sont les résultats qu'elle nous a fournis que nous avons l'intention de faire connaître.

Nous n'avons nullement la prétention de faire œuvre de critique, nous n'avons d'autre but que d'exposer ceux que nous avons constatés et d'apporter de nouveaux documents sur le foie des dyspeptiques, question si intéressante et toute d'actualité.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir indiquer le plan que nous allons observer.

Après avoir fait un historique sommaire des relations pathologiques du foie avec l'estomac, nous décrirons la technique de M. Mathieu dans l'exploration du foie. Nous examinerons ensuite dans quelles variétés de dyspepsie le foie ne subit aucune modification de volume. Puis nous rechercherons dans quels cas au contraire cet organe atteint des dimensions verticales inférieures ou supérieures à la normale et nous signalerons, chemin faisant, les

causes qui, en dehors des troubles dyspeptiques purs, peuvent expliquer ces deux états pathologiques différents. La dilatation vraie d'estomac avec stase permanente à jeun fera l'objet d'un chapitre spécial. Enfin, nous terminerons par l'étude de l'hépatoptose.

HISTORIQUE DES RELATIONS DU FOIE AVEC L'ESTOMAC

La connaissance du retentissement des troubles gastro-intestinaux sur le foie est de date toute récente.

Portal (1) Broussais (2), Andral (3), et Leven (4) avaient bien fait allusion aux congestions hépatiques résultant de mauvaises digestions. Leven surtout écrit à ce sujet :
« Lorsque la dyspepsie dure depuis un certain temps, elle
« finit souvent par réagir sur le foie, entraîne la conges-
« tion de cet organe et détermine des coliques hépatiques ».

George Budd (5) est beaucoup plus précis et admet que les produits de digestions défectueuses peuvent causer, ainsi que l'alcool, la cirrhose du foie.

Mais c'est surtout Bouchard qui, le premier, a bien étudié cette question des rapports du foie avec l'estomac.

En 1884, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, il fait connaître le résultat de sa statistique personnelle concernant des malades atteints de dilatation

1. Portal. *Observations sur la nature et le traitement de la maladie du foie*, 1813.

2. Casimir Broussais. *Sur la duodénite chronique*. Thèse de Paris, 1825.

3. Andral. *Clinique médicale*, 4^e édition, Tome I : *Maladie de l'abdomen*, 1839.

4. Leven. *Traité des maladies de l'estomac*, 1879.

5. George Budd. *On diseases of the liver*. Third édition, 1857.

d'estomac. Sur 389 observations, il constate la tuméfaction du foie dans 23 p. 0/0 des cas. Cette congestion hépatique est variable et sujette à récidence ; elle s'accroît, diminue ou disparaît même suivant l'aggravation ou la rétrocession des troubles gastriques. « En l'absence de constatation cadavérique, ces caractères me font considérer, dit-il (1), comme probable que cette tuméfaction est congestive ».

A partir de ce jour, l'attention est beaucoup plus attirée de ce côté.

En 1892, M. Legendre (2) vient confirmer l'opinion de M. Bouchard, touchant la fréquence de la tuméfaction du foie dans la dilatation. Sur 61 dilatés qui se répartissent en 27 dilatés dyspeptiques et 34 latents, il trouve 24 fois cette tuméfaction permanente ou passagère avec foie lisse et le plus souvent débordant le rebord costal de 1 à 5 travers de doigt. La proportion de foies touchés est donc beaucoup plus grande que précédemment, puisqu'elle atteint environ 40 p. 0/0.

Ainsi qu'on peut le remarquer, ces deux derniers auteurs ne parlent que de congestion hépatique chez les dilatés. Avec MM. Hanot et Boix, la question entre dans une nouvelle phase.

En mars 1894, ces deux auteurs font (3) au Congrès de

1. Bouchard. *Société médicale des hôpitaux* 1884, et *Exposé des travaux scientifiques*, 1886. Pages 93 et 94.

2. Legendre. *Société médicale des hôpitaux*, 26 février 1892.

3. Hanot et Boix. *D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale*. Congrès de Rome, mars-avril 1894.

Rome, une communication au sujet d'une forme de cirrhose non alcoolique d'origine gastro-intestinale. D'après eux, la dyspepsie prolongée, avec ou sans dilatation, peut déterminer en dehors de tout antécédent alcoolique et infectieux, une cirrhose hypertrophique sans grands troubles fonctionnels hépatiques et de pronostic assez bénin.

La même année, Boix (1) en fait une étude spéciale dans sa thèse. Il rapporte en outre une nouvelle statistique de M. Bouchard dont nous jugeons utile de reproduire les chiffres. « Sur un total de 652 gros foies observés chez des malades, hommes ou femmes, 240 coïncidaient avec la dilatation de l'estomac, 69 avec des troubles digestifs tels que, anorexie constipation, diarrhée, vertiges, ce qui fait un total de 309 gros foies chez des malades dyspeptiques, soit une proportion de 48 0/0 environ. Les autres gros foies, au nombre de 343, ont été rencontrés chez des albuminuriques (164), des péptonuriques (72), des glycosuriques (28), des abcès (61) et divers autres malades (16) ».

Ainsi que M. Bouchard, Boix admet comme fréquente la congestion passagère du foie dans la dilatation d'estomac. En outre, d'après des expériences de laboratoire et 7 observations inédites concernant 4 cas de dilatation et 3 cas du dyspepsie chronique, il conclut que, en dehors de tout antécédent alcoolique et de toute cause d'infect-

1. Boix. *Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale*. Thèse de Paris, 1891, page 75.

tion telle que la syphilis, l'impaludisme et la tuberculose, l'intoxication gastro-intestinale seule peut à la longue déterminer une augmentation de volume permanente du foie. Celui-ci mesure de 22 à 27 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire : il est lisse et dur « comme du bois » et déborde les fausses côtes de 4 à 8 travers de doigt.

Le plus souvent, les urines sont normales : elles peuvent cependant contenir de l'urobiline et parfois de l'albumine, mais jamais de sucre. La rate est normale ; il n'y a ni ictère, ni ascite, ni circulation veineuse collatérale. Cette affection peut durer longtemps et a ordinairement un pronostic bénin. C'est ce que Boix appelle la cirrhose dyspeptique. Il ajoute : (1) « La notion préalable d'éthylisme devra faire exclure dans tous les cas, mais seulement jusqu'à nouvel ordre, le diagnostic de cirrhose dyspeptique ».

A la même époque paraît la thèse de Degueret (2). Il apporte une statistique de M. Robin, tirée soit de sa pratique privée, soit de son service hospitalier. Sur 107 cas de dyspepsie, il y en eut 68 fermentatives et 39 hypersthéniques (avec hyperchlorhydrie) et en tout 26 gros foies. Sur les 68 fermentatives, il y avait 15 gros foies et 11 sur les 39 hypersthéniques.

Dans cette dernière variété, M. Robin a trouvé, en outre des gros foies et des foies normaux, 6 foies atrophiés.

1. Boix. Thèse, page 201.

2. Degueret, *Relations pathologiques du foie et de l'estomac*. Thèse de Paris, 1894.

Les gros foies de la dyspepsie hypersthénique étaient en même temps douloureux dans la moitié des cas.

Hayem (1) partage également l'opinion des auteurs précédents et pense que les affections gastriques jouent un rôle des plus importants dans la pathogénie des maladies du foie. Pour lui « la cirrhose hypertrophique coïncide souvent avec la gastrite hyperpeptique, la cirrhose atrophique au contraire se traduisant par le type de l'hypo-pepsie intense ou même de l'apepsie.

Depuis 1894, il n'est plus paru aucun travail important sur ce sujet.

L'an dernier cependant, Boix, dans une *Revue critique des maladies du foie* (2), rapporte plusieurs cas nouveaux de cirrhose dyspeptique observés par Rovighi. Celui-ci en effet consigne (3), dans un mémoire, 5 observations de cirrhose par auto-intoxication intestinale : deux se rapportent à la forme pure de la cirrhose de Budd et 3 autres à des cirrloses atrophiques d'origine manifestement dyspeptique.

La même année, les *Archives générales de médecine* (4), ont publié un mémoire inédit de Hanot au sujet d'un nouveau cas de cirrhose dyspeptique par intoxication gastro-intestinale.

1. Hayem. *Clinique*, in *Bulletin médical*, n° 49, page 577, 1894.

2. Boix *Revue critique*. (Cirrhose dyspeptique). *Archives générales de médecine*. 2^e Semestre 1895. Page 210.

3. Rovighi. *Contribution à l'étude des hépatites par auto-intoxication intestinale*. Th. Morgagni, oct. 97, page 666.

4. Hanot. *Cirrhose de Budd*. *Archives gén. de Médecine*, janvier 99, page 3.

Enfin M. Milian a présenté récemment à la Société anatomique deux observations de cirrhose hypertrophique d'origine également dyspeptique (1).

Après cet aperçu général, nous pouvons résumer les idées qui ont été successivement émises au sujet des relations pathologiques du foie et de l'estomac :

1° La congestion hépatique passagère se rencontre dans la moitié des cas environ dans la dilatation d'estomac.

2° La dyspepsie prolongée, avec ou sans dilatation, peut, en dehors de toute habitude alcoolique, déterminer un état pathologique du foie, qui se manifeste cliniquement par une hypertrophie énorme, permanente et dure : c'est la cirrhose dyspeptique, (Hanot et Boix Rovighi).

Elle peut aussi produire une autre forme de cirrhose : la cirrhose atrophique (Rovighi).

3° Il faut tenir compte de la chlorhydrie dans les modifications de volume du foie. Le plus souvent, le gros foie s'observe dans la dyspepsie à forme hyperchlorhydrique et le petit foie dans l'hypochlorhydrie (Hayem). Cependant, l'atrophie du foie peut coïncider parfois avec l'hyperchlorhydrie (Robin).

Comme on peut le voir par cet historique, l'histoire du foie dyspeptique est de date toute récente, puisqu'elle ne commence guère en réalité qu'avec Bouchard en 1884.

La question des rapports du foie et de l'estomac n'est donc pas encore complètement résolue : elle est toujours à l'étude.

1. Milian. 2 cas de cirrhose dyspeptique (*Bulletin de la société anatomique* (mars 99), page 319.

Aussi les recherches de M. Mathieu méritent-elles d'être retenues. Elles présentent en effet un réel intérêt parce qu'elles portent sur un nombre assez considérable de dyspeptiques, et parce qu'il n'a pas été publié de statistique de ce genre depuis plusieurs années. De plus, elle sont tout-à-fait d'actualité.

TECHNIQUE DE M. MATHIEU DANS L'EXPLORATION DU FOIE

Avant d'aborder notre sujet, il est nécessaire de décrire la technique habituelle de M. Mathieu dans l'examen physique du foie.

Outre la percussion, notre maître recourt aux deux procédés suivants :

1° La palpation ascendante.

2° La palpation respiratoire.

I. — *Palpation ascendante du foie.* — Cette méthode a été exposée par M. Mathieu à la Société médicale des hôpitaux (1). Aussi croyons-nous utile de citer les principaux passages de cette communication :

« Le malade est placé dans le décubitus dorsal complet, la tête peu élevée, les genoux demi-fléchis ; il respire doucement et librement la bouche ouverte en évitant autant que possible de raidir les parois musculaires de l'abdomen.

Le médecin s'assoit sur le bord du lit, à droite quand c'est le foie qu'il veut examiner et un peu au delà de l'é-

1. *Sur un procédé particulier de palpation de la région épigastrique et du bord inférieur du foie.* Société médicale des hôpitaux, page 179, année 1894.

paule du patient, explore ensuite l'abdomen de bas en haut, à l'aide des extrémités digitales des deux mains rapprochées qu'il ramène progressivement vers lui par petites secousses successives de palpation.

L'extrémité des doigts est légèrement fléchie ; on cherche, en somme, à accrocher en quelque sorte avec leur pulpe toute saillie ou tumeur susceptible de se rencontrer sous la paroi abdominale.

Le médecin palpe ainsi le ventre du malade de la même façon qu'il explorerait son propre abdomen. Suivant la position qu'il occupe à droite ou à gauche du lit, son bras gauche ou son bras droit se trouve placé au devant de la figure du patient.

Ce procédé de recherche m'a paru fournir des sensations beaucoup plus précises que celles que donnent les procédés habituellement employés.

Grâce à lui, on trouve et on détermine plus aisément aussi le bord inférieur du foie ».

II. — *Palpation respiratoire du foie.* — Le foie, on le sait, est fixé à la face inférieure du diaphragme par les ligaments péritonéaux : ligament falciforme, coronaire et latéraux.

Il suit donc les mouvements respiratoires, s'abaisse pendant l'inspiration et s'élève pendant l'expiration.

A l'état normal, le bord inférieur du foie effleure à peine le rebord des fausses côtes, même dans les grandes inspirations : on ne le sent donc pas nettement. Mais dès que l'organe augmente de volume, il ne tarde pas à le déborder le plus souvent. En faisant respirer le sujet dont on examine le foie, on pourra donc, dans ce cas, par la

palpation, reconnaître assez facilement le bord inférieur à ses mouvements d'abaissement et d'élévation respiratoire, et par suite, en apprécier les particularités de forme et de consistance. De plus, il sera possible, dans ces conditions, de rechercher la mobilité et l'abaissement du foie, ainsi qu'on le verra dans un autre chapitre. C'est ce procédé que M. Mathieu appelle « la palpation respiratoire du foie ».

Maintenant que nous avons fait connaître ses procédés d'exploration, nous allons montrer dans quel ordre il s'emploie.

« Pour qu'ils donnent les meilleurs résultats possibles, il importe que le malade soit toujours examiné dans l'attitude indiquée plus haut.

Celui-ci étant au repos respiratoire, M. Mathieu recherche tout d'abord par la percussion pratiquée avec un seul doigt la limite supérieure de la matité vraie et ne tient pas compte de la zone de submatité hépatique due à l'interposition de la languette pulmonaire entre les côtes et le foie, zone assez vague et dont il est assez souvent difficile de marquer exactement la limite supérieure. Les dimensions verticales du foie sont toujours prises sur la ligne mamelonnaire et ne commenceront donc qu'à partir du bord supérieur de la matité vraie.

Ceci fait, il pratique la palpation ascendante du foie, afin de déterminer la situation exacte de son bord inférieur et d'apprécier sa forme et sa consistance. Que cette recherche soit négative ou donne des renseignements suffisants, il procède toujours après à la « palpation respiratoire », procédé encore plus sûr et qui per-

met de contrôler les sensations perçues antérieurement. Il ordonne alors au malade de respirer la bouche ouverte et de faire des inspirations profondes et lentes. De cette façon, la résolution des muscles abdominaux est aussi complète que possible.

La palpation est faite très doucement. A l'aide des extrémités digitales légèrement fléchies des deux mains rapprochées, les deux index accolés l'un à l'autre, il cherche à accrocher, au creux épigastrique, le bord inférieur du lobe gauche du foie, le plus souvent appréciable, même à l'état normal. Celui-ci une fois reconnu, il prolonge alors sa direction de gauche à droite vers l'hypochondre et détermine ainsi sa situation sous les fausses côtes.

Finalement, la percussion très légère du bord inférieur pendant le repos respiratoire et les différences de sonorité qu'elle donne pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration viennent confirmer les résultats de l'exploration digitale.

En examinant ainsi le foie, deux cas peuvent se présenter :

1. — *Ou bien le foie ne dépasse pas le rebord costal,* et alors on peut avoir affaire :

a. — A un foie de dimensions normales. Dans ce cas, la ligne supérieure de la matité vraie est à sa place habituelle.

b. — A un foie petit : la limite supérieure se trouve abaissée.

c. — A un foie gros : elle est au contraire remontée.

II. — *Ou bien le foie dépasse le rebord costal*, et alors il peut s'agir :

a. — D'un foie de dimensions normales. En effet, de ce qu'un foie déborde, il ne faut pas en inférer qu'il est augmenté de volume. Il peut être *mobile* ou *abaissé*.

Il est mobile si la ligne supérieure de matité vraie est normalement située et si le bord inférieur du foie reprend sa place à la fin de l'expiration, pour ne plus être senti du tout pendant le repos respiratoire.

Il est abaissé, si cette ligne est elle-même abaissée et si le bord inférieur est palpable en dehors de la respiratoire.

b. — D'un foie gros. La ligne supérieure est le plus souvent à sa place, mais les dimensions verticales sont augmentées. De plus, la palpation est assez souvent douloureuse. Un foie semblable peut, en outre, être mobile.

Nous devons ajouter que M. Mathieu considère comme foie *normal* tout foie non douloureux à la palpation, ne dépassant pas au repos respiratoire le rebord des fausses côtes, et dont les dimensions verticales prises sur la ligne mamellaire varient entre sept et neuf centimètres. Le foie *petit* est celui qui n'a pas plus de cinq à six centimètres de dimensions verticales. Le foie *gros* est celui qui atteint plus de neuf centimètres.

En résumé, recherche du bord supérieur de la matité vraie par la percussion, puis détermination du bord inférieur du foie d'abord par la *palpation* ascendante ensuite par la *palpation respiratoire* au niveau du creux épigastrique, enfin percussion très légère au repos et pendant les mouvements respiratoires comme moyen de

contrôle des résultats fournis par l'exploration digitale, telle est la technique qui a toujours été suivie dans l'examen des foies observés qui font le sujet de cette thèse.

Si nous avons insisté un peu longuement sur cette façon de procéder, c'est parce que nous pensons qu'elle est de beaucoup supérieure à la percussion *uniquement* employée et à la palpation par le procédé habituel. Elle donne d'abord des renseignements plus exacts sur la situation du bord inférieur. Elle permet ensuite d'avoir des sensations beaucoup plus précises sur la plupart des modifications physiques de cet organe. Enfin, elle expose à moins d'erreurs, car nous croyons que beaucoup de foies signalés gros, simplement parce qu'ils débordent les fausses côtes de un à trois travers de doigt, sont probablement de foie *abaissé*. D'où la nécessité de toujours rechercher, par la percussion, la limite supérieure de la mat.té hépatique vraie, et de faire respirer le sujet pendant la palpation du bord inférieur. L'hépatoptose est en effet une affection beaucoup plus fréquente qu'on se l'imagine, comme nous le montrerons plus loin : pour être reconnue, elle ne demande qu'à être recherchée.

FOIE DE DIMENSIONS NORMALES

Le foie a été trouvé de dimensions normales 354 fois, 187 observations se rapportent à l'homme et 167 à la femme.

Chez l'homme, il existe 43 fois des antécédents et des stigmates éthyliques marqués : les malades absorbent 2 à 3 litres de vin et 3 à 4 apéritifs par jour.

Chez la femme, la caféisme est noté 10 fois. La quantité de café ingérée varie entre 1 litre et 1 litre et demi. Dans ces dix cas, le vin absorbé ne dépasse pas un demi-litre par jour et l'ingestion d'alcool pur ou mélangé est niée. Dans un cas, la quantité de vin atteint 1 litre et demi avec en plus un petit verre de liqueur. Trois fois, les stigmates éthyliques sont nets, mais comme l'alcoolisme n'est pas avoué, il est impossible de connaître et la quantité et la nature des boissons ingérées. En réalité, il n'existe que quatre cas d'éthylisme chez la femme.

Au point de vue du diagnostic, ces 47 cas se répartissent ainsi :

27 fois, il y a gastrite manifestement éthylique, 5 fois dyspepsie sensitivo-motrice, 3 fois dilatation d'estomac, 8 fois dyspepsie avec hyperchlorhydrie, une fois crises gastriques tabétiques, une foie atonie gastro-intestinale et 2 fois dyspepsie avec hypochlorhydrie.

Il reste donc 307 dyspeptiques purs, indemnes de tout antécédent alcoolique. 105 fois, il s'agit de dyspepsie sensitivo-motrice ; 90 fois, il y a dyspepsie avec hyperchlorhydrie dont 48 avec repas d'épreuve, 30 fois, dyspepsie avec hypochlorhydrie dont 18 avec repas d'épreuve, 26 fois dilatation d'estomac avec stase à jeun, 20 fois dyspepsie flatulente, 17 fois, ulcère d'estomac, 9 fois dyspepsie neurasthénique, 5 fois gastralgie et 5 fois cancer de l'estomac.

Ainsi que le montre bien cette énumération, on observe ici toutes les variétés de dyspepsie, et malgré cependant la longue durée et l'intensité des troubles digestifs dans un grand nombre de cas, le volume du foie reste normal.

C'est la dyspepsie sensitivo-motrice qui se rencontre le plus souvent. Les troubles digestifs sont moins accusés que dans les autres variétés.

Ils consistent en sensation de pesanteur épigastrique ou de gonflement abdominal, survenant une demi-heure ou une heure après les repas, en somnolence, malaise général et quelquefois brûlures. La constipation est fréquente et parfois les troubles intestinaux l'emportent sur les troubles gastriques. L'appétit est généralement conservé et les vomissements sont rares. Assez souvent, il existe du clapotage péri-ombilical 3 ou 4 heures après un léger repas ; l'estomac est un peu paresseux, mais il se vide complètement entre deux repas. Aussi les matières alimentaires restent-elles trop peu de temps, pour que les fermentations secondaires puissent se produire. On s'explique alors assez facilement que chez de pareils dyspeptiques, la plupart névropathes, le foie ne subisse aucune

modification de volume. Il n'en est plus de même chez les autres dyspeptiques, hyperchlorhydriques, hypochlorhydriques, ulcéreux ou dilatés. Si des troubles dyspeptiques intenses et prolongés doivent retentir sur le foie, c'est bien là le cas. Et cependant, il peut n'en être rien, ainsi que le prouvent les observations suivantes :

OBSERVATION I

B...; sculpteur sur bois, 29 ans, (31 août 1898).

Antécédents pathologiques et éthylisme nuls.

Nervosisme assez marqué.

Souffre de l'estomac depuis 12 ans.

Au début, brûlures violentes après les repas. Le malade aurait eu, d'après ce qu'il raconte, 3 hématomèses à l'âge de 24 ans.

Depuis un mois il a des douleurs analogues, violentes à crier, survenant aussitôt après les repas.

Depuis trois jours, vomissements alimentaires.

Pas d'hématémèse nouvelle ni de méléna.

Constipation opiniâtre. Amaigrissement de 8 livres depuis un mois.

Examen physique. — Foie normal. Douleur à la palpation dans les fausses côtes gauches. *Clapotage et flot à jeun.* Grande courbure atteint l'ombilic.

Liquide de stase. 15 cc. de liquide assez fortement acide, de consistance un peu visqueuse, assez limpide, sans débris alimentaires.

VB = très faible. AL = + 1 faible. P = OG = peu marqué A = 0,87.

Repas d'épreuve (1). — VB = + 3 AL = coloration complète en 24 heures. P = 12 G = très net Ac. 2,84 T = 4,38 H = 73 C. = 233 A + C = 3,06 F = 131.

Diagnostic. — Ulcère très amélioré depuis 5 ans. Actuellement en recrudescence. Stase gastrique à jeun avec hyperchlorhydrie.

OBSERVATION II

T..., mécanicien, 44 ans, (20 avril 1898).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Ni éthylogisme, ni nervosisme.

Souffre depuis 13 ans de l'estomac. Le début a été insidieux.

Le malade éprouvait seulement un peu de gêne et de ballonnement après les repas. Puis les troubles digestifs augmentèrent d'intensité. La matinée était bonne et il déjeûnait de très bon appétit. 4 ou 5 heures après, il était pris d'une douleur assez violente à l'estomac qu'il comparait à une sorte de tiraillement, suivie de vomissements alimentaires qui le soulageaient.

Les nuits étaient généralement mauvaises et cette douleur le réveillait vers minuit.

Cet état dura 4 ans. A la suite de lavages d'estomac faits pendant 5 mois, il se trouva très soulagé pendant 2 ans, les douleurs et les vomissements disparurent. Puis les douleurs revinrent sans les vomissements et durent encore actuellement.

Jamais d'hématémèse ni de méloena.

1. Tous les examens de suc gastrique ont été faits par M. Laboulais, chef de laboratoire de l'hôpital Andral.

Constipation habituelle. A plusieurs reprises, peaux dans les selles.

Examen. — Foie : 7 à 8 centimètres de matité verticale. Ne déborde pas les fausses côtes. Traube exagéré. Sonorité considérable. Clapotage sus-ombilical. Flot transversal énorme à jeun.

25 mars et 15 juin. — Un peu de liquide à jeun.

Repas d'épreuve. — $VB = + 3$ $AL = 0$ $P = + 2$ $A = 2.847$ $V = 270$ cc. $T = 445$ $H = 161$ $C = 153$ $H+C = + 314$ $F = 131$.

Diagnostic. — Dyspepsie à forme hyperchlorhydrique marquée avec stase légère à jeun.

OBSERVATION IV

D..., facteur des postes, 36 ans (22 juin 1898).

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à 18 ans suivie de pleurésie. Tousse toujours un peu depuis cette époque. Attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a 4 ans.

Pas d'éthylisme. Signes de nervosisme et de neurasthénie.

Souffre de l'estomac depuis 10 ans.

Le début a été insidieux. Le malade a des périodes de calme et de douleurs. La période la plus marquée date d'il y a un an et a duré quelques mois.

Le matin à jeun, il a des gaz et une sensation de poids au creux épigastrique.

Une demi-heure après le petit déjeuner, il a de nouveau des gaz et des tiraillements qui durent toute la matinée.

Il mange de bon appétit à midi. 1 heure après, surviennent

des tiraillements et une sensation de poids durant une heure environ. Parfois, ces tiraillements sont très douloureux et difficilement supportables ; ils sont bien localisés à l'épigastre.

Les mêmes phénomènes se reproduisent après le repas du soir.

A tout moment de la journée, pyrosis.

Il y a un an, le malade eut des vomissements nocturnes, quelquefois entre minuit et deux heures : ils étaient alimentaires et très abondants. Ils contenaient des aliments presque intacts, facilement reconnaissables et datant parfois de la veille.

Jamais d'hématémèse. Il a eu quelquefois, à l'époque de ces vomissements, des selles liquides noires comme de la suie et de vives douleurs.

Diarrhée fréquente. Pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Foie normal. Pas de clapotage, mais flot transversal.

23 juin 1898. — *Repas d'épreuve.* — V B = presque insensible après vingt-quatre heures. A L = + 1 faible. P = traces. G = 0. A = 43. T = 175. H = 0. C. = 44. H + C = 44. F = 131.

26 avril 1899. — Le malade n'a pas vomi depuis un an. Foie mobile descendant à trois travers de doigt à la fin de l'inspiration = 9 centimètres de matité verticale. Pas de clapotage. Un peu de distension gazeuse jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Repas d'épreuve : V B = 0. G = 0. A = 0. T = 153. H = 0. C = 43 H + C = 43. F = 106.

Diagnostic. — Dyspepsie à forme hypochlorydrique.

De ces trois observations, il faut retenir que les troubles digestifs sont assez marqués et que leur début remonte à dix ou douze ans. Deux de ces malades ont en effet des vomissements alimentaires et de la stase permanente. L'hyperchlorhydrie est notée deux fois et l'hypochlorhydrie une fois. En outre les troubles intestinaux sont assez intenses et constants. Il n'a pas été relevé de signes de congestion hépatique dans le cours de l'affection. Pas de douleur à l'hypocondre droit avec irradiation dans l'épaule droite. Si des poussées de congestion s'étaient produites et s'étaient répétées, elles auraient pu en laisser des traces qui, à la longue, se seraient traduites par une congestion chronique. Or, l'examen physique n'a rien montré de semblable.

Nous pourrions multiplier le nombre des observations. Elles ressemblent d'ailleurs toutes à peu de choses près aux précédentes.

Nous ne prétendons pas que sur nos 307 cas de dyspepsie pure, le foie n'ait jamais subi l'influence nocive de l'intoxication d'origine gastro-intestinale. Pour être aussi catégorique, il nous aurait fallu, pour chaque dyspeptique, rechercher l'urobiline dans les urines, voir s'il y avait une diminution de l'urée et faire enfin l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Mais ces recherches n'ont pas été faites. Néanmoins nous croyons pouvoir affirmer que nous n'avons jamais constaté chez ces dyspeptiques, ni augmentation ni diminution de volume du foie du moins appréciable par notre procédé d'exploration.

Etant donné le chiffre d'observations que nous avons relevées, une conclusion s'impose forcément : des trou-

bles gastro-intestinaux prolongés et intenses, tels qu'on en rencontre dans la dilatation d'estomac avec stase permanente, dans les dyspepsies avec hyper et hypochlorhydrie et dans l'ulcère de l'estomac peuvent exister pendant très longtemps sans modifier l'état objectif de cet organe.

Si l'on veut bien se reporter à l'historique que nous avons fait de la question des rapports du foie avec l'estomac, on ne pourra qu'être frappé de la divergence qui existe déjà entre nos résultats et ceux des divers auteurs qui ont traité ce sujet.

Il nous paraît assez difficile d'en donner la raison. Peut-être est-elle due aux techniques différentes employées dans l'examen physique du foie. Ce n'est là qu'une hypothèse. De nouvelles recherches montreront ce qu'elle a de fondé et sont nécessaires pour expliquer ces résultats contradictoires.

DIMINUTION DE VOLUME DU FOIE

En dehors du foie de dimensions normales, nous avons noté chez un nombre relativement considérable de dyspeptiques une diminution marquée de la glande hépatique.

Sur le total de nos observations, elle a été constatée 115 fois. 75 se rapportent à l'homme et 40 à la femme. Il existe 33 fois des antécédents éthyliques nets. En même temps que l'éthylisme, l'absinthisme s'observe 18 fois et domine.

Au point de vue du diagnostic, ces 33 cas se répartissent ainsi.

Il y a 1 fois ulcère de l'estomac, 4 fois dilatation d'estomac avec stase permanente, 9 fois dyspepsie avec hyperchlorhydrie dont 4 avec repas d'épreuve, 4 fois dyspepsie avec forme hypochlorhydrie, 7 fois dyspepsie sensitivo-motrice et 8 fois gastrite éthylique.

En passant, nous croyons devoir faire la remarque suivante. Alors que, dans le chapitre suivant, l'alcool va déterminer une augmentation du volume du foie, ici il semble produire au contraire une diminution de l'organe. Quelle peut être la raison de cette diversité de réaction du tissu hépatique vis-à-vis d'une même cause d'intoxication?

Bien que nous n'ayons jamais relevé de signe qui nous

permette de dire que nous ayons affaire à des foies cirrhotiques, nous n'en acceptons pas moins, malgré la différence de comparaison, l'explication de Hanot à ce sujet. Cet auteur admet que tous les individus ne résistent pas pareillement à l'action de l'alcool « C'est de cette façon (1), « dit-il, qu'on peut expliquer pourquoi, dans des conditions analogues d'intoxication produite dans le même milieu, la cirrhose alcoolique est tantôt atrophique, tantôt hypertrophique ». De plus n'avons-nous pas d'ailleurs constaté que, dans un certain nombre de cas, l'alcool lui-même reste sans action sur le foie. Hanot fait alors intervenir ici la prédisposition individuelle. » Chez l'homme (2) dans les mêmes conditions de réceptivité, l'alcoolisme ne produit pas invariablement la cirrhose du foie. Tel alcoolique sera frappé de lésions nerveuses les plus graves, alors que le foie est resté indemne ou à peu près indemne. Chez tel autre, les accidents gastriques prédomineront.

Il reste 82 cas, dans lesquels l'éthylisme fait défaut. Il y a 30 fois dyspepsie avec hyperchlorhydrie dont 12 constatées par l'examen du suc gastrique, 20 fois dyspepsie sensitivo-motrice, 14 fois dilatation d'estomac, 8 fois ulcère de l'estomac, 5 fois dyspepsie à forme flatulente, 3 fois cancer de l'estomac et 2 fois dyspepsie avec hypochlorhydrie. Bien entendu, chez tous ces dys-

1. Hanot. *Rapport de l'intestin et du foie en pathologie*. Rapport présenté au Congrès français de médecine. Bordeaux, 1895, p. 104.

2. Hanot. *Considérations sur la cirrhose alcoolique*. *Semaine médicale*, (25 août 1893).

peptiques, il n'y avait, au moment où ils ont été observés, ni ascite, ni circulation veineuse collatérale, ni augmentation de la rate.

De même que pour le foie de volume normal, on rencontre ici toutes les variétés de dyspepsie. C'est la dyspepsie avec hyperchlorhydrie qui est notée le plus souvent. Il s'agit de malades qui souffrent de l'estomac depuis 10 à 12 ans. L'appétit est habituellement conservé, mais les vomissements alimentaires se produisent assez souvent. La douleur est intense et la constipation fréquente. Dans la moitié des cas environ, l'examen du suc gastrique a été fait et démontré une hyperacidité de l'estomac due à un excès de l'acide chlorhydrique libre ou combiné. Pourquoi, chez ces malades, le foie est-il diminué de volume, alors que chez d'autres hyperchlorhydriques atteints de troubles dyspeptiques semblables le foie est resté normal ? Nous en ignorons la cause.

Voici une observation de dyspeptique hyperchlorhydrique :

OBSERVATION IV

L..., porteur de pain, 54 ans (2 mars 98).

Antécédents héréditaires et personnels. — Pas de nervosisme et d'éthylisme. Gros mangeur.

Souffre de l'estomac depuis 25 ans.

Au début, l'appétit était toujours conservé. Les douleurs à l'épigastre survenaient 2 heures environ après chaque repas. La nuit était bonne. Les phénomènes douloureux étaient d'ailleurs intermittents.

A partir de 1885, on lui ordonne de prendre de la viande crue, de la craie et du charbon. Il quitte alors sa profession de machiniste à l'Opéra et se fait porteur de pain. Il se trouve alors beaucoup mieux, à la suite de ce changement. Ne boit toujours ni vin, ni alcool. Depuis quelques mois, il souffre de nouveau et a beaucoup maigri.

Etat actuel. — Rien à jeûn le matin. Déjeûne à 6 heures^s de bon appétit. Une demi-heure après, il a une douleur à l'épigastre calmée par l'ingestion de lait et suivie d'une sensation de poids. Pas de ballonnement du ventre, mais renvois aigres. A 12 heures, il mange de bon appétit. Mêmes phénomènes que le matin, mais plus marqués. Nuit toujours bonne. Actuellement pas de vomissements, mais d'abondantes pituites matutinales amères. Jamais d'hématémèse ni de méléna.

Alternatives de constipation et de diarrhée.

Examen. — Parois abdominales assez flasques.

Foie. — Petit, abaissé. Douleur à la pression à l'épigastre. Pas de flot à jeûn.

Hernie inguinale droite.

Repas d'épreuve. — $VB=+3AL=+$ traces $P=1$ $A=+$
2.007 V 535 centimètres cubes.

$T=368$, $H=98$ $C=132$ $H+C=2,30$ $F=138$.

Il résulte de cette observation qu'on ne relève dans les antécédents personnels de ce dyspeptique rien qui soit capable d'expliquer cette diminution de volume du foie. En effet, pas d'éthylisme, pas de maladie de nature infectieuse antérieure aux troubles gastriques qui durent depuis 25 ans et qui s'accompagnent de phénomènes intestinaux consistant en alternatives de constipation et de

diarrhée. On est donc bien forcé d'admettre, dans une certaine mesure, l'influence de l'intoxication d'origine gastro-intestinale.

Dans la dernière énumération faite plus haut, on peut remarquer que le foie petit s'observe 14 fois dans la dilatation d'estomac avec stase permanente. Comme ce fait n'a pas encore été signalé chez les dilatés, nous pensons qu'il est utile, pour cette raison, d'en citer quelques exemples.

OBSERVATION V

D..., horloger, 47 ans, 9 mars 1898.

Pas d'antécédents personnels et d'éthylisme.

Souffre de l'estomac depuis 18 ans.

Se trouve bien le matin à jeûn.

Aussitôt après le déjeuner de midi, le malade a du ballonnement du ventre. A partir de 3 heures, il a des renvois aigres, sentant mauvais et durant jusqu'au dîner. S'il se lave l'estomac, il mange de bon appétit au dîner. Puis aussitôt après le repas, mêmes phénomènes que ceux décrits plus haut. Les renvois aigres réveillent le malade vers 1 heure du matin.

Avant de se faire des lavages d'estomac, il avait le matin, des vomissements alimentaires à peu près tous les jours, par périodes, agaçant les dents et dans lesquels il y avait *des aliments datant de 2 à 3 jours*.

Actuellement, il n'a plus ni douleurs ni vomissements alimentaires, mais il a des vomissements pituiteux presque tous les jours vers 6 heures du soir.

Il'aurait eu, il y a un an, du melœna.

Constipation habituelle. Un peu d'entérite muco-membraneuse il y a un an.

Amaigrissement notable.

Foie. — Petit Traube normal.

Estomac. — 4 travers de doigt sous ombilic, s'étendant transversalement assez loin.

12 mars. — L'examen clinique révèle la présence de liquide le malade étant à jeûn depuis la veille : bruit de flot et clapotage manifestes.

On extrait 280 centimètres cubes environ d'un liquide fluide de consistance huileuse, légèrement teinté de bile. Peu de débris alimentaire (depuis 3 mois, le malade ne mange que des œufs, biscottes et lait). Odeur butyrique accentuée, couche huileuse à la surface $VB = + 2$. Acide organique = traces $P = + 2$. $A = 1,533$.

Diagnostic. — Sténose pylorique consécutive à un ancien ulcère avec stase gastrique à jeûn.

OBSERVATION VI

M..., 29 ans, 5 mars 1897.

Pas d'éthylisme et d'antécédents personnels.

Nervosité générale sans stigmates.

Souffre de l'estomac depuis 5 ans.

Se trouve fatigué le matin : lassitude générale et pituites.

Inappétence.

Une heure environ après le repas, le malade a des douleurs plutôt sourdes, avec ballonnement du ventre et vomis

sements acides, alimentaires et jaunâtres. Ceux-ci sont presque quotidiens. Les selles sont normales. Pas d'amaigrissement.

Foie. — Petit. Sonorité tympanique de l'hypochondre gauche. Clapotage marqué à jeûn. On vide l'estomac aussitôt après cet examen.

Liquide de stase. — Le malade est à jeûn depuis la veille et a mangé à son dernier repas de la panade, des œufs et du maquereau. On extrait très facilement 475 centimètres cubes de liquide légèrement teinté de bile et contenant de nombreux *débris alimentaires*. On voit à la surface une couche huileuse.

$VB + 3 AL = OP = + 1 A = 2,701.$

21 mai. — Le malade est à jeûn depuis la veille. On extrait 300 à 400 centimètres cubes d'un liquide fluide d'apparence de petit lait tenant en suspension du *tapioca* très facilement reconnaissable.

$VB = + 3 AL = \text{traces } P = + 1.$

Repas d'épreuve. — $A = 2,555$, $T = 612$, $H = 72$, $C = 380$, $H + 1 = 4,52$, $F = 160.$

Diagnostic. — Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente et stase gastrique à jeûn.

Dans ces deux observations, les troubles digestifs sont encore plus marqués que précédemment. La stase est prononcée et l'hyperchlorhydrie exagérée.

Voici enfin, une autre observation, plus intéressante encore, en ce sens qu'elle est suivie d'autopsie.

OBSERVATION VII

S... Charles. Teinturier, 20 juillet 1899.

Pas de maladies antérieures. Ethylisme nul.

Souffre depuis 10 ans de l'estomac. L'affection a débuté en 1887 par des douleurs à l'estomac calmées par un vomissement alimentaire.

Souffre de plus en plus jusqu'en 1895.

A cette époque, le malade eut une hématomèse (une cuvette de sang noir en 2 jours) et en même temps du mélœna.

En juillet 1896. — Nouvelle hématomèse avec mélœna.

En novembre 1896. — Un verre à liqueur de sang rouge.

Les douleurs augmentent toujours d'intensité. C'est une douleur en coups d'aiguille, débutant au creux épigastrique et s'irradiant dans toute la région lombaire. Elle est calmée, soit par les vomissements, soit par les piqûres de morphine.

Clapotage stomacal le matin à jeûn. Pas de mouvements péristaltiques de l'estomac.

L'état étant toujours le même, les souffrances étant plutôt exagérées, le malade réclame lui-même l'opération.

Le 23 mars. — Gastro-entérostomie postérieure.

Mort 3 jours après.

Voici ce que M. Mathieu trouve à l'autopsie :

Foie petit et grassex. — Reins un peu gros et blanchâtres. Pas d'ulcère actuel ou de cicatrice d'ulcère ancien dans l'estomac. Rétrécissement du pylore laissant passer à peine le petit doigt. A un centimètre environ au delà du pylore, il existe une sorte de valvule formée par un repli de la muqueuse et rétrécissant le pylore. Il a probablement existé

un ulcère grand comme une pièce de 1 fr., situé immédiatement en arrière de la valvule pylorique.

Diagnostic. — Rétrécissement du pylore consécutif à un ancien ulcère.

Cette observation là est typique et méritait d'être citée pour montrer que le foie peut subir une diminution de volume assez notable chez les dyspeptiques.

Si ce fait n'a pas été observé jusqu'à ce jour chez les dilatés, il a été, par contre, signalée dans d'autres formes de dyspepsie.

C'est ainsi que Hayem admet que la cirrhose atrophique coïncide avec la gastrite chronique se traduisant par le type de l'hypopepsie intense.

Dans sa statistique, Robin a trouvé chez 39 dyspeptiques hyperchlorhydriques 11 fois le foie gros et 6 fois le foie atrophié; chez les 22 autres le foie était de volume normal. Il résulte de ce dernier relevé que la dyspepsie à forme hyperchlorhydrique est une action sur le foie dans plus de la moitié des cas et que dans le sixième elle peut déterminer une diminution de volume. Boix lui-même, bien que n'ayant aucune observation personnelle sur ce point, semble disposé à admettre la cirrhose atrophique par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. A ce sujet, il cite (1) une observation de Kutreff, dans laquelle il n'existe ni éthylysme, ni paludisme, ni syphilis; l'au-

1. Boix. *Foie des dyspeptiques*. Thèse de Paris, 1894, page 120. Observation de Kutreff.

topsie montre qu'il s'agit d'une cirrhose hépatique vulgaire « par suite de l'action de produits de décomposition nocifs du canal intestinal ».

D'après ces observations, il semble résulter qu'en dehors de toute habitude alcoolique et de toute infection, l'on peut observer chez un nombre élevé de gastropathes une diminution de volume du foie, sans ascite, circulation veineuse collatérale et augmentation de volume de la rate. Cet état pathologique peut se rencontrer dans toutes les formes de dyspepsie, le plus souvent dans la dyspepsie avec hyperchlorhydrie et même dans la dilatation d'estomac avec stase permanente. Il existe 82 fois sur 560, c'est-à-dire dans 14 0/0 des cas.

Doit-il être attribué uniquement à l'intoxication d'origine gastro-intestinale. Nous ne pouvons l'affirmer, nos observations n'étant pas assez complètes pour nous permettre d'être aussi catégorique. Cependant, étant donné ce dernier chiffre, nous sommes porté à croire que des troubles dyspeptiques intenses et prolongés peuvent exercer une certaine influence dans la production de cette diminution de volume du foie.

AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE

Si nous avons très souvent trouvé le foie de volume normal chez les dyspeptiques, nous avons constaté aussi le foie gros dans un certain nombre de cas.

91 fois, il a subi une augmentation de volume. 67 observations se rapportent à l'homme et 24 seulement à la femme.

Il est bien entendu que nous considérons comme gros, tout foie dont la matité verticale prise sur la ligne mamelonnaire atteint et dépasse 10 cent. de hauteur. A ce sujet, nous croyons devoir rappeler que notre procédé d'exploration donne des chiffres inférieurs à ceux des autres auteurs, puisque nous ne tenons aucun compte de la zone de submatité hépatique qui mesure environ 2 cent. dans le sens vertical.

En présence de cette hypertrophie, nous devons rechercher :

1° Si cet état pathologique du foie doit toujours être attribué à l'influence nocive des troubles gastriques.

2° S'il se rencontre souvent dans l'hyperchlorhydrie d'estomac avec stase permanente.

3° S'il existe dans les cas de dilatation.

Sur les 67 observations de gros foie concernant l'homme, nous relevons 52 fois des antécédents éthyliques marqués. Il s'agit alors de malades qui absorbent quotidiennement — et cela depuis très longtemps — 2 litres de vin, 2 à 3 apéritifs, (absinthe de préférence), et plusieurs petits verres d'alcool à jeun. La plupart de ces dyspeptiques souffrent donc vraisemblablement de leur estomac par suite de l'intoxication lente et prolongée causée par l'alcool.

Au point de vue du diagnostic, ces 52 cas se répartissent de la façon suivante :

11 fois, il y a dyspepsie avec hyperchlorhydrie, dont 7 avec repas d'épreuve ; 4 fois dyspepsie avec hyperchlorhydrie avec douleurs tardives intenses, anorexie et vomissements alimentaires fréquents.

18 fois, il y a gastrite manifestement éthylique. Ici l'éthylisme est beaucoup plus net que dans les autres observations. Ce sont des malades qui ingèrent 3 à 4 litres de vin, 3 apéritifs et 3 à 4 petits verres d'alcool par jour. Indépendamment des stigmates d'éthylisme, ils ont des vomissements pituiteux le matin au réveil, de la lenteur de la digestion ; assez souvent, ils ont des douleurs tardives d'origine hyperchlorhydrique, suivies de vomissements alimentaires qui les soulagent.

A la longue, l'état général devient mauvais et l'amaigrissement considérable. L'exploration de l'estomac révèle une hyperesthésie marquée de la grande courbure, signe qui, d'après M. Mathieu, ne se rencontre guère que chez les éthyliques et les hystériques ; parfois, toute la face antérieure de l'estomac est sensible à la palpation. C'est

dans ces cas précisément que le foie est le plus augmenté de volume. Le plus souvent, il est douloureux à la pression; il déborde de 2 à 3 travers de doigt et même plus le rebord des fausses côtes. Sa matité verticale atteint 15 cent. en moyenne.

Dans deux cas, elle mesure environ 20 cent. de hauteur. Nous croyons utile de citer ces deux observations afin de bien montrer la part qui revient à l'alcool dans la production de cette hypertrophie considérable du foie.

OBSERVATION VIII

D..., doreur sur bois, 46 ans.

Antécédents pathologiques nuls.

Antécédents éthyliques. — Très nets. Depuis 7 ans, 1 litre et demi de vin rouge, 7 ou 8 absinthes et une dizaine de petits verres d'alcool par jour. Stigmates : cauchemars, rêves professionnels, crampes dans les mollets, tremblements des mains. Souffre de l'estomac depuis deux mois seulement.

Perte d'appétit depuis cette époque.

Le matin, pituites assez fréquentes. A jeûn, tiraillements d'estomac. A midi, mange peu, pas d'appétit. Se trouve bien après le repas. Pas de douleurs l'après-midi. Quelquefois cependant, il a des vomissements alimentaires 3 ou 4 heures après sans liquide ni sang.

Se couche de bonne heure et dort jusque vers 1 heure du matin. Il est alors réveillé par des douleurs au creux épigastrique (tiraillements) qui durent 1 à 2 minutes, disparaissent

pendant 10 minutes pour reprendre ensuite et durer jusqu'au matin. Ne vomit jamais la nuit.

Jamais d'hématémèse ni de mélena.

Ni constipation ni diarrhée.

Ne tousse pas et n'a pas maigri.

Foie gros : 20 cent. de matité verticale sur la ligne mamelonnaire. Un peu douloureux à la palpation. Grande courbure douloureuse. Rien au cœur.

Diagnostic. — Gastrite éthylique.

OBSERVATION IX

M..., cuisinier, 35 ans.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Ethylisme. — Excès de vin et byrrh. Stigmates : insomnie, lutte d'animaux, rêves professionnels, réveil en sursaut, secousses musculaires.

Souffre de l'estomac depuis 5 ou 6 ans.

Le matin au lever, brûlure à l'épigastre un quart d'heure après ; vomit tous les jours un verre de glaires et de bile, quelquefois un litre.

Continue à souffrir, même après avoir mangé ; ce sont des sensations de brûlure, parfois des douleurs très vives.

Pendant deux ans, a eu un point douloureux au niveau du foie.

Examen. — Foie gros : 20 cent. sur la ligne mamelonnaire. Rate grosse.

Diagnostic. — Gastrite éthylique et cirrhose hypertrophique alcoolique probable.

Dans ces deux observations, les antécédents et les stigmates éthyliques sont très nets et incontestables. Il intervient donc ici un autre facteur que les troubles digestifs : l'alcool. Aussi, nous est-il impossible de ne pas en tenir compte dans la pathogénie de cette hypertrophie considérable, et nous pensons par suite que les troubles gastriques ne doivent jouer ici qu'un rôle tout-à-fait secondaire. En tout cas, il ne peut être question, dans ces conditions, de *foie dyspeptique*.

Voici une autre observation, dans laquelle aux troubles dyspeptiques et à l'alcool s'ajoute une autre cause.

OBSERVATION X

L..., cocher 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 56 ans, asthmatique.

Père mort probablement de bacillose.

Antécédents personnels. — A eu les fièvres intermittentes en Afrique.

A eu la jaunisse il y a 2 ans. Aucune autre maladie depuis.

Ethylisme. — 1 litre de vin par jour. 1 verre de rhum et un apéritif. Stigmates : Quelques cauchemars et crampes dans les mollets. Pas de pituites.

Nervosisme. — S'émotionne facilement. Jamais de crises de nerfs.

Souffre de l'estomac depuis 2 mois seulement.

La maladie a débuté par un vomissement alimentaire et des douleurs au creux épigastrique.

Depuis cette époque, elles n'ont pas cessé ; elles sont continues et durent toute la nuit. Elles semblent indépendantes des repas et sont calmées par l'injection d'aliments. Après chaque repas, pyrosis, congestion de la face, oppression et ballonnement du ventre.

L'anorexie est absolue depuis le début de la maladie.

Etat général. — A maigri de 15 livres et a été obligé de cesser son travail, parce qu'il manque forces.

Selles normales. Pas d'entérite muco-membraeuse.

Foie. — 13 cent. sur ligne mamelonnaire. Douloureux à la palpation. Hyperesthésie de la base du thorax, due probablement à l'essencisme. L'estomac tout entier est douloureux à la palpation.

Diagnostic. — Gastrite éthylique chez un paludéen.

Ce malade a déjà un passé hépatique, car son foie a dû être probablement touché lors de ses accès de paludisme en Afrique. Il a eu, il y a deux ans, de l'ictère. Comme on note chez lui des antécédents éthyliques légers d'après l'interrogatoire, mais qui doivent être en réalité beaucoup plus marqués, étant donné sa profession de cocher ; comme son foie, déjà affaibli par l'infection paludique doit moins résister à l'action nocive de l'alcool, il nous semble beaucoup plus rationnel d'attribuer cette augmentation de volume à l'impaludisme et à l'alcool qu'aux troubles digestifs, d'autant plus que ceux-ci n'avaient jamais existé auparavant et que ceux qu'il accuse actuellement ne remontent pas à plus de deux mois.

Nos 52 observations ressemblent toutes à peu près à

celle que nous venons de résumer. Il est donc inutile d'en publier d'autres encore.

Sur ces 52 cas, la dilatation d'estomac avec stase à jeûn s'observe 3 fois, 15 fois on a affaire à des dyspeptiques peu touchés, neurasthéniques pour la plupart chez lesquels existent surtout des phénomènes sensitivo-moteurs. L'ulcère de l'estomac se rencontre une fois.

Restent enfin sur les 67 observations de gros foies, constatées chez l'homme, 15 cas où l'on a affaire à des gastropathiques purs, c'est-à-dire indemmes de toute habitude alcoolique. Au point de vue du diagnostic, ils se répartissent ainsi :

1 fois, il existe un cancer de l'estomac, 2 fois, de dilatation d'estomac avec stase à jeûn ; 6 fois, il y a dyspepsie à forme hyperchlorhydrique, dont 4 avec repas d'épreuve, 5 fois dyspepsie sensitivo-motrice, 1 fois ulcère d'estomac. Chez des malades, le foie est peu augmenté de volume, et déborde rarement les fausses côtes ; il n'est pas sensible à la palpation, précisément parce que l'alcoolisme fait défaut. Il atteint en moyenne 11 cent. de matité verticale. Il existe 7 fois des troubles intestinaux marqués.

Nous ne croyons pas nécessaire de publier quelques observations concernant ces dyspeptiques, car elles ne se distinguent des précédentes que par l'absence d'antécédents éthyliques et le peu d'augmentation de volume du foie.

Il résulte de cette statistique que, dans 77 p. 0/0 des cas chez l'homme, l'augmentation de volume du foie n'est pas sous la seule dépendance des troubles gastriques. Il intervient un autre facteur qui, il faut bien le reconnaître,

tient une place importante : c'est l'alcool et l'alcool ingéré à des doses assez fortes, et cela depuis très longtemps. Quelle est la part exacte qui doit revenir à l'alcool et aux poisons élaborés dans le tube digestif dans la production de cette hypertrophie ? Il est difficile de le dire, du moins de le démontrer d'une façon précise.

Cependant, comme nous avons presque toujours rencontré les plus gros foies dans les cas où l'alcoolisme était le plus invétéré, nous sommes porté à admettre que cette cause d'intoxication doit jouer le rôle prépondérant. De plus nous pensons que si le foie peut, dans une certaine mesure, subir l'influence des troubles gastriques, c'est précisément parce que l'alcool, l'ayant déjà rendu vulnérable, le met hors d'état de résister aux poisons digestifs, alors qu'à l'état normal, il aurait pu annihiler leur action nocive.

Outre l'éthylisme qui existe dans toutes les variétés de dyspepsie qui viennent d'être énumérées, nous avons relevé comme autres causes possibles de congestion hépatique :

1° l'impaludisme (3 fois) ;

2° la dysenterie (2) ;

3° la syphilis (3) ;

4° le diabète (1) ;

5° la bacillose (2) ;

6° les troubles intestinaux. Ceux-ci se rencontrent dans les 2/3 des cas environ et consistent en constipation opiniâtre, diarrhée chronique, alternatives de constipation et de diarrhée et en entéro-colite muco-membraneuse.

Quant à l'état du foie dans les cas de dilatation d'esto-

mac avec stase permanente, il est peu modifié. Nous n'avons observé que 5 fois une légère augmentation de volume. Chez 3 de ces dilatés, il existait nettement des antécédents éthyliques.

Tout ce qui vient d'être dit ne se rapporte qu'à l'homme. Voyons maintenant s'il en est de même chez la femme.

Chez elle, le gros foie se rencontre moins souvent : nous ne l'avons constaté que 24 fois. 8 fois, c'est-à-dire, dans 33 pour 100 des cas, il existe des antécédents éthyliques assez nets : ce sont les essences et le café qui dominent.

Dans trois cas où l'alcoolisme est nul, les troubles digestifs sont secondaires à d'autres maladies. Chez une femme hyperchlorhydrique ayant des douleurs tardives trois heures après le repas, il existe un souffle systolique d'insuffisance mitrale à la pointe du cœur : le foie atteint 15 cent. de matité verticale. Chez une seconde malade qui a des tiraillements d'estomac après les repas, il existe un rétrécissement mitral : le foie est également très gros. Une troisième enfin qui a des troubles de dyspepsie banale, a des signes de brightisme et un léger bruit de galop au cœur : le foie a 12 cent. et déborde de deux travers de doigt.

Les troubles intestinaux sont presque la règle chez la femme.

Il reste donc 13 cas où l'on a affaire à des dyspeptiques pures. Ils se répartissent ainsi : 7 fois, il y a dyspepsie sensitivo-motrice et 6 fois il y a dyspepsie à forme hyperchlorhydrique. Chez ces malades où le nervosisme est fréquent, le foie est peu augmenté de volume : il

déborde rarement les fausses côtes et atteint en moyenne 11 cent. de matité verticale.

Si l'on met de côté tous les dyspeptiques, hommes et femmes, qui ont des antécédents éthyliques, on n'en trouve plus que 28 chez qui les troubles gastro-intestinaux interviennent seuls pour expliquer cet état pathologique.

Il nous reste maintenant à rechercher si l'augmentation de volume du foie coïncide souvent avec l'hyperacidité du contenu stomacal due à un excès d'acide chlorhydrique libre ou combiné. Autrement dit, existe-t-il un rapport de cause à effet entre l'hyperchlorhydrie et l'hypertrophie de cet organe ?

Si l'on veut bien se reporter à notre historique, l'on remarquera qu'Hayem considère cette hypertrophie comme fréquente dans la gastrite hyperpeptique. Dans sa statistique, M. Robin la constate aussi : 11 fois sur 39, c'est-à-dire dans un peu plus d'un tiers des cas.

Le même auteur, dans un livre (1) paru récemment, revient sur cette question à propos de sa description de la dyspepsie hypersthénique permanente, qui n'est pas autre chose que ce que nous désignons du nom de dyspepsie à forme hyperchlorhydrique.

Il donne comme un des signes physiques de cette variété de gastropathie, l'hypertrophie fonctionnelle du foie. Voici en effet, ce qu'il écrit à ce sujet : « Le deuxième signe « important, c'est l'augmentation de volume du foie qui « est toujours sensible, et parfois douloureux à la per-

1. Robin. *Les Maladies de l'Estomac. Diagnostic et traitement.* Premier fascicule, page 185.

« cussion. Cette hypertrophie hépatique est à peu près
« aussi constante que la distension de l'estomac; elle n'a
« manqué que dans un quart de mes cas.... J'ai la con-
« viction qu'il y a très peu de dyspepsies hypersthéniques
« chroniques sans hypertrophie du foie. Seulement il faut,
« pour constater l'augmentation de volume, percuter le
« malade debout; sans cette précaution, l'augmentation
« pourra très bien passer inaperçue chez le malade, où
« elle est encore à son début et peu accentuée ».

Si nous consultons notre statistique sur ce point, nous constatons les résultats suivants :

75 dyspeptiques ont été trouvés nettement hyperchlorhydriques après l'examen chimique de leur suc gastrique fait à plusieurs reprises. M. Mathieu, a recours pour cette analyse, au repas d'Ewald qui se compose de 60 grammes de pain rassis, et de 300 grammes de thé léger ou d'eau. L'extraction est faite une heure après l'ingestion des premières bouchées.

Sur ce nombre, le foie a conservé ses dimensions normales, 48 fois en dehors de toute habitude alcoolique; il a subi une diminution de volume chez 16 malades, dont 4 ont des antécédents éthyliques : enfin l'augmentation de volume n'a été notée que 11 fois, et sur ces 11 cas, l'alcoolisme existe 7 fois. Celle-ci ne s'observerait par suite, que dans le septième des cas chez les hyperchlorhydriques et encore, car l'alcool doit vraisemblablement intervenir ici comme un facteur important dans la pathogénie de cette hypertrophie. Le plus souvent, le foie resterait donc de dimension normale.

M. Mathieu, tenant compte depuis quelque temps du

procédé d'exploration indiqué par M. Robin, a examiné de nouveau le foie d'un certain nombre de malades hyperchlorhydriques qu'il avait trouvé de volume normal. Malgré l'emploi de cette méthode, il n'a pas eu à modifier les mensurations qu'il avait obtenues antérieurement par procédé habituel.

Ainsi qu'on peut le voir, ces résultats ne concordent nullement avec ceux qu'ont notés Hayem et Robin. Nous ignorons la raison de cette divergence. En tout cas, nous sommes bien obligé de reconnaître que l'hyperchlorhydrie reste sans influence le plus souvent sur le foie.

Des faits précédemment relevés, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'alcoolisme est noté dans les antécédents des gastropathes chez lesquels nous avons relevé l'existence d'un gros foie dans la proportion considérable de 65 pour 100. Encore ce chiffre est-il certainement au-dessous de la réalité, car nous n'y avons compris que l'alcoolisme avoué. Or, l'on sait que les malades, les femmes surtout, ont une grande tendance à nier leurs habitudes d'intempérance, à nier contre toute évidence. En présence d'un gros foie, surtout d'un gros foie douloureux chez un dyspeptique, il convient donc toujours de rechercher l'éthylisme.

2° Après l'éthylisme, comme causes possibles d'augmentation de volume du foie chez les dyspeptiques, nous avons constaté : l'impaludisme, la syphilis, la dysentérie, le diabète, la bacillose, l'albuminurie et les cardiopathies.

3° Ces éliminations faites, il faut mettre en première ligne les troubles des fonctions intestinales : constipation

habituelle, diarrhée chronique, alternatives de constipation et de diarrhée, colite muco-membraneuse. Avant d'attribuer la genèse de l'augmentation de volume du foie à la dilatation avec stase, il convient de faire la part qui semble revenir aux troubles intestinaux.

4° Quelle est l'influence des divers états gastropathiques, et en particulier du retard de l'évacuation de l'estomac, dans la genèse du gros foie qualifié par les auteurs de gros foie dyspeptique ? Il est assez difficile de l'apprécier exactement ; mais elle paraît en tout cas inférieure à celle des facteurs précédemment mentionnés.

5° Nous n'avons pas rencontré d'hypertrophie du foie qui ressemble à la cirrhose de Budd élevée à la dignité de type morbide spécial par Hanot et Bar. Ou du moins, elle n'était pas parvenue, en aucun cas, à un tel degré de développement qu'elle pût être reconnue. Cela ne veut pas dire, naturellement, qu'elle n'existe pas.

6° La chlorhydrie ne nous paraît pas modifier le volume du foie dans la majorité des cas.

ÉTAT DU FOIE DANS LA DILATATION D'ESTOMAC AVEC STASE PERMANENTE

Précédemment, nous avons parlé, à plusieurs reprises de la dilatation d'estomac et nous avons signalé incidemment que, dans le cours de cette affection, le foie pouvait rester de dimensions normales ou bien subir une diminution notable de volume.

Dans ce chapitre, nous allons réunir tous les cas que nous avons observés à ce sujet, afin de rechercher l'influence que la dilatation peut exercer sur l'augmentation de volume du foie. Nous déterminerons ensuite l'état objectif de celui-ci dans cette gastropathie.

Auparavant, il nous semble nécessaire d'indiquer, en quelques lignes, ce que nous entendons par dilatation vraie d'estomac.

Pour MM. Debove et Rémond (1), Boas (2) et Mathieu (3), il y a dilatation vraie, c'est-à-dire avec stase permanente, quand l'estomac n'est pas complètement vide le matin à jeûn, alors que le malade n'a ingéré aucun aliment solide ou liquide depuis la veille au soir.

1. Debove et Rémond *Traité des maladies de l'estomac*, 1894, page 343.

2. Boas. *Allgemeine Diagnostick und Therapie der Magenkrankheiten*, 1890.

3. Mathieu (Albert). *Thérapeutique des maladies de l'estomac*,

Cette définition élimine un grand nombre de cas de dilatation telle que l'admet Bouchard, et qui doivent être rangés dans la dyspepsie sensitivo-motrice avec prédominance de l'atonie gastrique avec ou sans gastrophtose.

Ainsi comprise, la dilatation n'est pas plus une entité morbide que la dilatation de Bouchard : c'est un état secondaire dû à des causes mécaniques ou physiologiques. Elle se rencontre en effet dans la sténose pylorique consécutive à un ancien ulcère ; dans l'ulcère de l'estomac, dans l'épithélioma à siège pylorique, dans le syndrome de Reichmann, c'est-à-dire dans l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion continue.

Sur nos 560 observations de dyspeptiques, la dilatation vraie n'est notée que 45 fois. Elle est donc beaucoup plus rare qu'on a coutume de le croire, puisqu'elle n'existe que dans 8 p. 0/0 des cas : 32 concernent l'homme et 13 seulement la femme. Elle s'observerait par suite un peu moins chez cette dernière que chez l'homme.

Sur ces 45 cas, le foie a été trouvé de volume normal 26 fois ; 5 fois, il a subi une légère augmentation de volume et 14 fois on a noté la diminution de son volume.

Sur les 26 cas, où le foie est de dimensions normales, il existe 4 fois des antécédents éthyliques. Encore, dans un cas, l'alcoolisme est-il léger, puisqu'il s'agit d'un malade qui, il y a 10 ans, buvait 3 litres de vin par jour et qui, depuis cette époque, ne s'est plus livré à aucun excès de boisson. Restent 3 cas où l'alcoolisme est incontestable, les malades absorbant 3 à 4 litres de vin par jour, ainsi que des apéritifs et des petits verres d'alcool.

Sur les 14 observations, où le foie est diminué de

volume, il existe 4 fois des antécédents d'absinthisme. 10 fois l'éthylisme fait défaut.

Enfin 5 fois, le foie a subi une légère augmentation de volume. 3 fois, il existe des antécédents éthyliques tout nets : 2 litres de vin, plusieurs apéritifs et petits verres par jour. 2 fois, il n'y en a pas, mais il existe des troubles intestinaux marqués : constipation opiniâtre depuis le début des phénomènes dyspeptiques et à laquelle a succédé depuis un certain temps une diarrhée très forte. Le foie ne dépasse pas 11 centimètres de hauteur sur la ligne maxillaire : il déborde 2 fois de 1 à 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes, et c'est précisément dans ces deux cas que l'éthylisme est le plus prononcé. Dans les autres cas, où cette cause d'intoxication est moins nette ou même n'existe pas, le foie ne déborde pas, et cependant les troubles digestifs sont aussi intenses et la stase stomacale plus marquée ; la quantité de liquide retirée à jeun est de 80 et 300 centimètres cubes, alors que chez les deux premiers malades, elle atteint seulement 30 et 35 centimètres cubes.

L'auto-intoxication d'origine stomacale ne peut donc être accusée de déterminer, sauf les deux cas cités plus haut, une augmentation passagère ou permanente du volume du foie. Quand celle-ci existe, c'est qu'une cause autre que les phénomènes gastriques intervient : l'alcoolisme. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'expliquer cet état pathologique du foie par les seuls troubles digestifs. Si ceux-ci devaient uniquement entrer en ligne de compte, on devrait toujours, ou du moins très souvent, dans les cas semblables, constater cette tuméfaction du foie. Or, sur

34 dilatés purs, qui n'ont jamais fait d'excès de boisson elle n'existe que deux fois; chez l'un des deux malades, le foie mesure 10 centimètres seulement de matité verticale, et chez l'autre, il est un peu sensible à la palpation. D'ailleurs chez la femme elle fait également défaut, probablement parce que l'on ne rencontre pas le facteur précédent : l'alcoolisme. Et cependant, les troubles digestifs sont, à peu de chose près, aussi marqués que chez l'homme.

On pourrait, il est vrai, objecter que cette tuméfaction est le plus souvent passagère et peut par suite passer inaperçue. A cette objection, nous répondrons que la plupart des malades observés souffrent de leur estomac depuis très longtemps, que, lorsqu'ils viennent consulter à l'hôpital, leurs troubles digestifs sont portés à leur maximum, que plusieurs d'entre eux ont été suivis pendant deux ou trois mois, et qu'enfin presque tous ont été examinés à plusieurs reprises pendant des périodes de temps variant de 1 à 6 mois. Il serait donc bien étonnant qu'on n'eût pas constaté, plus de deux fois sur la totalité, cette augmentation de volume, même passagère.

Si, d'après notre statistique, les troubles gastriques n'ont déterminé que dans deux cas une légère augmentation hépatique, il n'en paraît pas être de même au sujet de la diminution de cet organe.

Celle-ci en effet a été trouvée 14 fois. Au lieu d'avoir une matité vraie de 8 à 9 cent. sur la ligne mamellaire, le foie n'atteint que 5 à 6 cent. Mais de même que pour le foie gros où nous n'avons pas tenu compte des dilatés éthyliques, de même nous éliminerons tous les cas

dans lesquels cette cause d'intoxication est relevée. Comme quatre de ces malades sont absinthiques en même temps qu'ils ont des antécédents paludiques, il ne reste donc plus que 10 cas où il existe une diminution de volume du foie en dehors de toute habitude alcoolique.

D'après la définition que nous avons donnée plus haut de la dilatation, le seul signe qui permette de porter ce diagnostic, c'est la présence de liquide constatée à jeûn, le malade n'ayant rien ingéré depuis la veille au soir.

La stase stomacale peut être mise en évidence par les deux procédés suivants :

1° Par l'examen clinique, c'est-à-dire par la succession digitale ;

2° Par le passage de la sonde dans l'estomac, ce qui permet de retirer le liquide de stase, d'en mesurer la quantité et d'en connaître la nature.

Bien entendu, cette stase a toujours été notée chez nos dilatés.

On peut diviser ces malades en 3 classes :

1° Les dilatés chez qui la stase à jeûn n'a été vérifiée que par l'examen clinique ;

2° Ceux qui ont seulement de la stase liquide.

3° Ceux qui ont à la fois de la stase alimentaire et liquide.

Voyons maintenant si, d'après cette classification, l'intensité de la stase stomacale est en rapport avec la modification de volume subie par le foie.

Dans la première catégorie, le foie est normal 12 fois et une fois petit. La stase est légère ici.

Dans la seconde, le foie est normal 5 fois, gros 2 fois

et petit 5 fois. La stase est plus marquée ; la quantité de liquide retiré à jeun, oscille entre 20 et 100 c. cubes.

Dans la dernière enfin, le foie est de dimensions normales 9 fois. Il est diminué 8 fois et augmente de volume 3 fois. En mettant de côté les observations de dilatation avec éthylisme, il n'en reste plus que cinq avec foie petit, dont quatre appartiennent à l'homme. La stase stomacale est bien plus marquée que précédemment, ainsi que le prouvent les chiffres suivants qui donnent la quantité de liquide extrait par la sonde : 20 c. cubes, 110 c. c., 200 et 300 c. cubes. On a donc affaire ici à de grands dilatés, chez lesquels les phénomènes d'intoxication d'origine stomacale doivent atteindre leur plus haut degré. De plus, on constate des troubles intestinaux : 3 fois, il y a de la constipation opiniâtre et une fois de l'entéro-colite muco-membraneuse. Deux fois, il y a hyperchlorhydrie légère, une fois hyperchlorhydrie avec hypersécrétion permanente et une autre fois enfin, il existe une sténose pylorique, consécutive à un ancien ulcère.

De tout ceci, il résulte que la diminution du volume du foie n'est pas plus fréquente dans les cas de dilatation avec stase alimentaire qu'avec stase purement liquide. Elle se rencontre très rarement, — une fois seulement, — quand la stase est légère. La grande stase alimentaire ou liquide, jouerait peut-être un rôle important dans la production de cette diminution. Pourquoi, dans d'autres cas de dilatation que nous avons observés, les troubles digestifs étant aussi accusés et la stase aussi prononcée, le foie n'a-t-il subi aucune modification physique ? Il nous est impossible d'en donner la raison.

Quant au gros foie « *dur et lisse* » que Boix a trouvé chez quatre dilatés dont il a rapporté les observations complètes dans sa thèse, nous ne l'avons pas constaté une seule fois. Bien entendu, nous n'en nions nullement l'existence. Dans nos deux seuls cas de dilatation avec légère tuméfaction, le foie ne débordait même pas le rebord des fausses côtes.

Somme toute, d'après nos 34 observations de dilatation avec stase à jeûn le matin, le foie reste de dimensions normales dans 64 p. 0/0 des cas, en *dehors de tout antécédent* alcoolique.

Dans 30 p. 0/0 de cas environ, ses dimensions verticales ont paru inférieures à la normale et dans 6 0/0 seulement supérieures.

DE L'HÉPATOPTOSE

L'hépatoptose ou chute du foie a été assez souvent notée chez les dyspeptiques dont nous avons lu les observations, pour que nous consacrons un chapitre à l'étude de ce sujet.

Avant de faire connaître les résultats de notre statistique, il nous paraît indispensable d'indiquer comment M. Mathieu comprend l'hépatoptose. Après avoir décrit le procédé auquel il recourt habituellement dans la recherche de cette affection, nous ferons un court historique de la question et nous dirons aussi quelques mots de son étiologie.

M. Mathieu range dans l'hépatoptose tous les foies de dimensions normales ou anormales abaissés pendant le repos respiratoire ou seulement à la fin de l'inspiration.

Dans ce dernier cas, le foie n'est pas constamment déplacé et la palpation ne permet pas de sentir son bord inférieur, lorsque le malade respire normalement. Si au contraire, il fait de lentes et profondes inspirations, l'on sent aussitôt sous le rebord des fausses côtes ce bord inférieur s'abaisser, puis remonter pour reprendre sa place habituelle à la fin des mouvements respiratoires. Dans le premier cas, il n'est point nécessaire de recourir à ce dernier artifice pour constater l'abaissement : celui-ci est

durable, définitif et n'a besoin d'être recherché que par la palpation ascendante seule.

D'où, pour M. Mathieu, deux grandes classes de foie ptosé :

1° Le foie *abaissé*, c'est-à-dire déplacé à l'état permanent.

2° Le foie *mobile* ou abaissé passagèrement à la suite de grandes inspirations.

Ce qui caractérise donc l'hépatoptose, c'est l'abaissement définitif ou passage du foie.

M. Mathieu procède à la recherche de la ptose de la façon suivante :

L'attitude du malade à examiner étant la même que celle qui a été décrite plus haut, il est inutile de la rappeler. Il recherche tout d'abord, dans le repos respiratoire, par la percussion, la limite supérieure de la matité hépatique vraie, qu'il est très important de bien marquer. Quand celle-ci est située plus près du rebord des fausses côtes que normalement, on a alors affaire :

1° Ou a un foie diminué de volume.

2° Ou a un foie abaissé.

La palpation faite pendant le repos respiratoire permettra de faire ce diagnostic. En effet si, à l'aide des extrémités digitales des deux mains légèrement fléchies, l'on n'arrive pas à accrocher le bord inférieur du foie sous les fausses côtes, on peut en conclure que le foie est petit. Dans le cas où, étant de dimensions normales, il est sensible à la palpation à 2 ou 3 travers de doigt et même

plus sous le rebord costal, on peut affirmer qu'il est certainement abaissé.

Supposons maintenant qu'après avoir mesuré la hauteur du foie sur la ligne mamellaire, nous ayons trouvé un foie de 7 à 9 cent. ne dépassant pas le rebord. Recourrons alors au procédé de la « palpation respiratoire » et pour cela, ordonnons au malade de faire de grandes inspirations. Deux cas peuvent se présenter :

1^o Ou bien le bord inférieur du foie, malgré ces mouvements respiratoires, reste à sa place normale et il n'y a aucun déplacement de l'organe appréciable à la palpation.

2^o Ou bien, il vient toucher, à travers la paroi, les mains qui palpent, à 2 ou 5 travers de doigt à la fin de l'inspiration pour reprendre sa situation ordinaire à la fin de l'expiration et le foie est dit *mobile*.

Il est possible de contrôler cette mobilité par la percussion pratiquée sur le rebord costal. On constate, dans ces conditions, que la matité hépatique coïncide avec l'inspiration profonde et la sonorité tympanique avec l'expiration. Il en est de même en percutant au niveau de la limite supérieure de la matité vraie. Il arrive parfois que cette matité est entièrement disparue : le foie est alors abaissé en totalité ou mobile sous les fausses côtes, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois. Ce moyen de contrôle peut ne pas exister, même quand il y a abaissement ou mobilité. La palpation respiratoire reste donc le procédé le plus sûr pour diagnostiquer la chute du foie, puisqu'elle seule permet d'affirmer nettement la mobilité.

L'histoire de l'hépatoptose est de date toute récente.

Elle ne commence guère réellement qu'avec l'observation de Cantani en 1866. En 1876, Blet réunit, dans sa thèse (1), toutes les observations publiées jusqu'à cette époque.

Mais c'est surtout à partir de 1885 que la question prend de l'importance avec Landau (2) et principalement avec Glenard (3) dans son travail sur l'entéroptose. Dès lors, l'attention se porte beaucoup plus de ce côté et en 1892 Faure (4) en fait une étude très intéressante et très complète : il publie toutes les observations parues à ce sujet jusqu'à ce jour et en recueille 54. Depuis ce travail, elles se sont multipliées et l'année dernière, Glenard (5) dans son dernier ouvrage porte à 80 le total des cas publiés depuis trente ans, sous le titre de foie mobile, foie flottant ou encore sous celui d'hépatoptose. D'après lui, cette affection se rencontre chez 20 0/0 des individus atteints des maladies de la nutrition, 25 0/0 pour les hommes et 15 0/0 pour les femmes.

Des causes multiples on été invoquées pour expliquer la ptose du foie. Faure les passe toutes en revue dans sa thèse (6). Il admet deux ordres de causes, capables de modifier l'appareil suspenseur du foie.

1. Blot. *Etude sur le foie mobile*. Thèse de Paris, 1876.

2. Landau. *Die Wanderleber*. Berlin 1885.

3. F. Glénard. *De l'Entéroptose*. Lyon médical, 1885.

4. Jean-Louis Faure. *L'hépatoptose et l'hépatopexie*. Thèse de Paris, 1892.

5. F. Glenard. *Les ptoses viscérales*, 1899.

6. Faure. Thèse, page 106.

1° Les unes, variables, locales, allongeant les ligaments du foie en les soumettant à un excès de fatigue.

2° Les autres, d'ordre plus général.

Parmi les premières, il faut citer l'augmentation de volume du foie, l'étroitesse du thorax au niveau de sa base qui chasserait le foie de la concavité du diaphragme, la constriction exagérée du corset. Faure ne croît guère à leur influence. Il serait plutôt porté à reconnaître celle des secousses diverses, et surtout des efforts répétés d'expiration comme par exemple ceux qui se produisent dans le vomissement, l'éternuement et le rire. Restent enfin l'amaigrissement rapide déterminant la diminution brusque de la pression intra-abdominale (Landau), la néphroptose et la grossesse qui agirait par l'intermédiaire de l'éventration, laquelle ne jouerait d'ailleurs qu'un rôle secondaire comme l'entéroptose.

2° Toutes ces causes seraient incapables de produire la chute du foie, si elles n'étaient aidées, d'après Faure (1), par une cause plus générale, « par une prédisposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre.

Foie abaissé.

Sur 329 observations concernant l'homme, 39 fois, le foie a été trouvé abaissé en dehors de la respiration, c'est-à-dire déplacé à l'état permanent.

Sur ces 39 cas, 23 fois le foie est de dimensions nor-

1. Faure. Thèse, Page 112.

males, 12 fois petit et 4 fois seulement il est augmenté de volume.

La dyspepsie sensitivo-motrice se rencontre 10 fois. L'amaigrissement est noté 4 fois, la diarrhée et les vomissements nocturnes une fois. Ces phénomènes font défaut dans tous les autres cas. Les autres malades observés sont dyspeptiques depuis deux ou trois ans. En général, ils souffrent peu de leur estomac. Leurs troubles digestifs consistent en sensations de pesanteur au creux épigastrique, de gonflement abdominal, en aigreurs et en tiraillements survenant une demi-heure ou une heure après les repas. L'appétit est normal et les vomissements alimentaires n'existent pas. Somme toute, il s'agit ici de dyspeptiques peu touchés, mais entachés surtout de nervosisme. Le foie est d'ailleurs peu abaissé ; en moyenne, il dépasse de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Sauf un cas, où il existe en même temps de l'hypotension abdominale et de la ptose de l'estomac, l'entéroptose fait défaut.

Dans deux observations où l'on a affaire à des crises gastriques douloureuses de nature indéterminée, le foie est plus fortement abaissé. Dans l'une, le bord inférieur arrive à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

11 fois, il y a dyspepsie à forme hyperchlorhydrique. Dans la plupart des cas, le repas d'épreuve a été fait. 6 fois l'amaigrissement a été noté et 5 fois il y a des vomissements alimentaires durant déjà depuis un certain temps. Le plus souvent, la douleur est assez vive. Il y a conservation ou même exagération de l'appétit, beaucoup plus souvent diminution.

5 fois, il y a dilatation vraie de l'estomac : 4 fois avec hyperchlorhydrie et une fois avec hypochlorhydrie constatées par l'examen chimique. L'amaigrissement est considérable et atteint 26 et 30 livres dans deux cas. 4 fois, il existe des vomissements alimentaires quotidiens.

Voici un exemple d'hépatoptose, due vraisemblablement à la répétition des vomissements alimentaires à l' inanition et à un amaigrissement considérable.

OBSERVATION XI

P..., mécanicien, 53 ans.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente. Nervosisme : assez marqué, mais jamais de crises de nerfs.

Ethylisme nul.

Début. — Il y a 12 ans.

Depuis 10 ans, sensation de brûlure à l'épigastre survenant 4 heures après le repas, jamais suivie de vomissements.

Il y a 2 ans, le malade a commencé à avoir des vomissements la nuit : 1 à 2 litres de liquide.

Depuis 2 mois, ils ont lieu toutes les 3 nuits environ.

Etat actuel. — Ne se trouve bien qu'à jeun et dans la matinée. Au déjeuner, il mange assez bien. Aussitôt, il a du ballonnement du ventre et 4 heures après il a des renvois brûlant la gorge, aigres, mauvais, puis des sensations de brûlure au creux épigastrique, violents quelquefois au point de crier et durant une heure. Il mange peu à diner et se couche de bonne heure.

La nuit est mauvaise et vers 1 heure du matin, il a des

vomissements glaireux, alimentaires et bilieux, mais ne renfermant jamais d'aliments de la veille.

Ni hématemèse ni méléna.

Constipation opiniâtre.

A maigri de 40 livres en 2 ans et demi.

Foie. — Abaissé : bord inférieur à trois travers de doigt sous les fausses côtes 8 à 9 cent.

Estomac. — Flot gastrique descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, très étendu transversalement 2 heures après l'asse de lait.

9 avril 1900. — Liquide à jeun.

15 mai. — Le malade a encore de la stase à jeun.

Diagnostic. — Stase permanente avec douleurs tardives et vomissements nocturnes.

3 fois, il s'agit de gastrite éthylique. L'amaigrissement est constaté deux fois et dans un cas il arrive à 40 livres.

Les autres observations ont trait à des cancers de l'estomac et à des dyspepsies à forme hypochlorhydrique avec douleurs tardives intenses et diminution de l'appétit. L'amaigrissement et les vomissements alimentaires existent dans 8 cas et ils sont plus marqués que précédemment.

D'après cette rapide énumération on constate que l'amaigrissement assez notable est observé 22 fois et les vomissements alimentaires 18 fois. Ces deux phénomènes se retrouvent le plus souvent ensemble. L'amaigrissement paraît être de beaucoup la cause la plus fréquente de la ptose hépatique, puisqu'il se rencontre dans les 2/3 des observations environ.

Cet amaigrissement s'accompagne d'un relâchement et

d'un amincissement de la paroi abdominale qui facilite d'autant mieux l'exploration du foie. La ptose est d'autant plus marquée qu'il est plus considérable, que les troubles digestifs sont plus intenses et remontent déjà à une époque assez éloignée. Aussi, l'on s'explique facilement que l'inanition prolongée doive jouer un certain rôle dans sa production.

Quant aux vomissements alimentaires, nous pensons que par leur abondance et leur répétition ils doivent certainement exercer une véritable influence sur ce déplacement, puisqu'ils se rencontrent dans la moitié des cas. De quelle façon arrivent-ils à déterminer cet abaissement du foie ? Faure (1) en donne l'explication suivante et nous croyons devoir citer textuellement ce qu'il écrit à ce sujet : « Dans l'effort simple, celui qui a pour premier résultat l'immobilisation du thorax, le diaphragme descend, appuyant sur la connexité du foie sans agir, par conséquent, sur son appareil suspenseur. Le foie, poussé par le diaphragme, descend aussi et vient, à son tour, appuyer sur les intestins. La contraction de la paroi abdominale antérieure vient en sens contraire s'opposer à la pression de la masse intestinale, qui existe, plus ou moins comprimée dans l'intérieur de la cavité abdominale et transmet à son tour une pression équivalente à la face inférieure du foie. Celui-ci, comprimé par en haut, repoussé par en bas, tend donc à s'aplatir, à s'écraser.

Mais les ligaments divers qui le soutiennent ne sauraient en aucune façon être distendus. Ils ne peuvent

1. Faure. Thèse, page 109.

l'être que si l'effort venant à cesser tout à coup une expiration soudaine se produit qui rompt violemment cette position d'équilibre. Le diaphragme en se soulevant brusquement, entraîne le foie avec lui, mais en l'attirant par l'intermédiaire de son appareil suspenseur qui se trouve par conséquent, brusquement distendu. Si ces efforts d'expiration viennent à se répéter très souvent, on comprend qu'à la longue il puissent véritablement influencer sur la longueur des ligaments ». Il rapporte alors une observation de Landau dans laquelle le déplacement du foie de volume normal n'est dû qu'à des mouvements violents et fréquents des muscles expirateurs.

D'ailleurs c'est dans le cancer de l'estomac et dans la dilatation vraie, où l'état de dénutrition de l'organisme est porté à son maximum, dans les dyspepsies à forme hypochlorhydrique où les douleurs sont parfois si vives et les vomissements alimentaires si fréquents que la ptose est le plus prononcée. Le bord inférieur du foie dépasse alors de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. Parfois même, il atteint l'ombilic.

* En même temps que l'abaissement du foie, on constate, sur les 39 cas, 4 fois un déplacement du rein droit au second degré. La néphroptose étant recherchée systématiquement par M. Mathieu chez tous les dyspeptiques, on voit qu'elle coexiste assez rarement chez l'homme avec l'hépatoptose et que, par suite, elle ne peut guère être invoquée comme favorisant sa production.

Le volume du foie joue-t-il un rôle dans son abaissement ? D'après nos observations il semble résulter que, dans plus de la moitié des cas, celui-ci n'exerce aucune

action puisque le foie conserve ses dimensions normales. Restent 11 cas où la diminution est notée. Peut-être faut-il tenir compte, dans une certaine mesure, de cette diminution de volume, car l'amaigrissement que nous avons si souvent rencontré n'existe ici que 3 fois.

Voyons maintenant ce que nous avons constaté chez la femme. Sur 231 observations, 23 fois, le foie a été abaissé à l'état permanent. Sur ces 23 cas, 19 fois le foie est de dimensions normales, 3 fois il est petit et une fois, augmenté de volume.

6 fois, il s'agit de dyspepsie sensitivo-motrice et 4 fois de dyspepsie flatulente. Le plus souvent, le début de la maladie remonte à une époque assez éloignée, 10 à 20 ans. Chez toutes ces malades, le nervosisme est noté. 5 fois, il y a un amaigrissement notable, en même temps qu'il y a eu des grossesses antérieures. Les vomissements alimentaires ne sont signalés que dans un cas. La mobilité du rein droit existe 4 fois.

Sur ces 10 observations, l'abaissement du foie est très prononcé 4 fois.

Dans deux cas, le bord inférieur atteint l'ombilic et la ptose est complète. Il n'existe plus alors de matité hépatique thoracique, le foie étant situé tout entier sous le rebord des fausses côtes. Dans le premier, il s'agit d'une femme très nerveuse, arrivée à l'époque de la ménopause, atteinte depuis 28 ans de troubles digestifs consistant en vomissements acides survenant 3 ou 4 fois par semaine, obèse, ayant conservé l'appétit et n'ayant pas subi d'amaigrissement. Ici l'obésité devra jouer le rôle prédominant, puis les troubles digestifs et le nervosisme.

Dans le second cas, il y a amaigrissement prononcé, flatulence, diminution de l'appétit et grossesse antérieure.

Les deux autres observations concernent des foies abaissés à 4 travers de doigt sous le rebord des fausses côtes.

Dans la première, ce qu'il faut retenir, c'est l'atonie gastrique avec un relâchement très grand de la paroi abdominale dû certainement à 8 grossesses et à un léger amaigrissement. Dans la seconde, les troubles dyspeptiques ne datent que d'une année et consistent en pesanteur et brûlures survenant une heure environ après le repas et durant 2 heures. La malade, qui est une hystérique, mange fort peu pour éviter la souffrance, ce qui permet de comprendre la perte de poids considérable qu'elle a subie depuis le début de l'affection : 45 livres en un an. Elle n'a eu qu'une grossesse. Ici cette dénutrition profonde doit suffire à elle seule pour expliquer cet abaissement du foie jusqu'à la ligne ombilicale en même temps que la mobilité du rein droit.

5 fois, le diagnostic porté est hyperchlorhydrie. On constate 3 grossesses antérieures, 2 fois l'amaigrissement et la mobilité du rein droit au second degré. Le plus souvent, l'appétit est conservé. Les vomissements alimentaires font défaut. Le principal symptôme, c'est la douleur, si vive parfois qu'elle oblige la malade à crier. Quand l'amaigrissement est absent, l'élément le plus important dans la production de la ptose hépatique semble devoir être la grossesse. C'est précisément le cas d'une malade hyperchlorhydrique, qui n'a pas maigri du tout, n'a pas de vomissements et dont l'appétit est conservé, mais qui a eu 10 grossesses. D'ailleurs, le foie est peu abaissé : il

dépasse seulement de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes.

5 fois, il s'agit de dyspepsie à forme hyperchlorhydrique, 3 fois, il y a amaigrissement et vomissements alimentaires, 2 fois grossesse, 3 fois mobilité du rein droit et 4 fois des signes de nervosisme.

3 fois, il y a dilatation vraie à l'estomac avec stase à jeun. Chaque fois, la grossesse est notée, 2 fois, il existe des vomissements alimentaires. Dans deux cas, il y a en même temps de la gastropse et un relâchement marqué de la paroi abdominale. C'est ainsi que chez une malade, qui a maigri de 45 livres depuis 16 ans, l'estomac arrive à l'épine iliaque antéro-supérieure. Quant au foie lui-même, il est abaissé à trois travers de doigt.

OBSERVATION XII

L..., 48 ans, (8 février 1899).

Ethylisme nul. Nervosisme ; petites crises de nerfs à la suite de colères.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 22 ans, 1 fausse couche.

Souffre depuis 10 ans.

L'affection a débuté par une crise de diarrhée qui a duré un mois.

A jeun, la malade se trouve très bien. A midi, elle a de l'appétit. Une heure après, elle éprouve une sensation de torsion au creux épigastrique avec irradiation en ceinture et des renvois aigres. Vers 4 ou 5 heures, elle a des vomisse-

ments *alimentaires* sans efforts, qui la soulagent immédiatement.

Ils sont quotidiens depuis le début ; ils ne renferment jamais d'aliments de la veille.

Jamais d'hématémèse. Peut-être du méléna.

La nuit en général est assez bonne.

La constipation est habituelle.

Amaigrissement de 45 livres en 10 ans.

Examen. — Contractions stomacales visibles. L'estomac arrive à toucher l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Traube exagéré. Clapotage digital et flot transversal à jeun.

Foie. — Chaîne à 3 travers de doigt sous les fausses côtes. Rein mobile droit.

Diagnostic. — Stase permanente consécutive probablement d'un ancien ulcère.

Chez cette malade l'abaissement du foie doit être attribué à la répétition des vomissements alimentaires et surtout à l'amaigrissement considérable qui en est résulté.

Dans plus de la moitié des cas, 13 sur 23, la grossesse a pu produire l'abaissement du foie par suite du relâchement considérable qu'elle donne à la paroi abdominale et de l'éventration plus ou moins marquée qui en résulte. La paroi est amincie et flasque, hors d'état de soutenir le paquet intestinal qui, tirant sur les ligaments du foie, produit finalement la ptose.

Mais cette cause se fait d'autant plus sentir qu'elle se répète plus souvent et dans les cas de grossesse unique, il faut sans doute attribuer une certaine influence aux

troubles dyspeptiques, surtout quand ils existent depuis très longtemps.

Viennent ensuite l'amaigrissement qui est relevé 11 fois et les vomissements alimentaires 6 fois seulement. C'est toujours chez les femmes, qui ont eu le plus d'enfants que le déplacement est le plus marqué.

La néphroptose droite existe 9 fois avec l'hépatoptose ; elle serait donc un peu plus fréquente que chez l'homme. D'ailleurs, elle s'observe assez souvent chez les dyspeptiques non atteintes d'hépatoptose, dans la proportion de 1 sur 3, d'après la statistique de M. Mathieu. Comme le montrent assez bien ces chiffres, il n'y a pour ainsi dire pas de différence, ou s'il y en a une, elle est bien peu marquée. Aussi, nous pensons que ces deux affections doivent être, dans une certaine mesure, indépendantes l'une de l'autre.

Quant à l'influence de la constriction exagérée du corset sur le déplacement du foie, nous croyons, d'après notre statistique, qu'elle ne doit pas être bien grande, étant donnée la proportion minime de foies déplacés relativement au nombre assez considérable de femmes dyspeptiques qui ont été examinées. Le corset déforme peut-être plutôt le foie qu'il ne l'abaisse. Cela a été démontré par les nécropsies.

A ce sujet, nous croyons devoir signaler une déformation particulière du foie que M. Mathieu a constatée un certain nombre de fois et qu'il nous a fait remarquer à plusieurs reprises : c'est l'allongement du foie. Au lieu d'avoir son maximum de longueur dans le sens transversal comme cela a lieu normalement, cet organe atteint ses

plus grandes dimensions dans le sens vertical : autrement dit, il est allongé. Et cet allongement du foie se fait surtout aux dépens de son lobe gauche qui déborde nettement les fausses côtes, alors que son lobe droit reste à peu près à sa place habituelle. Nous pensons que cette modification de forme peut être vraisemblablement attribuée à l'étroitesse du thorax à sa partie inférieure. En effet, le foie étant surtout comprimé à droite ne peut se développer que là où il est libre, c'est-à-dire à gauche et sous les fausses côtes. Ce rétrécissement thoracique peut être d'origine congénitale ou déterminé par une striction exagérée du corset au niveau des dernières côtes.

En résumé, sur 62 cas de foies abaissés définitivement concernant l'homme et la femme, 33 fois il existe un amaigrissement marqué et parfois rapide (51 p. 0/0) et 24 fois des (38 p. 0/0) vomissements alimentaires. Ce sont donc de beaucoup les deux causes les plus fréquentes de l'abaissement du foie.

Quand elles manquent, il faut faire intervenir, dans une certaine mesure, les troubles dyspeptiques prolongés, le nervosisme et une prédisposition particulière qu'ont certains sujets à faire des ptoses de tous leurs viscères. Dans les 80 observations qu'il a pu réunir et qui n'ont pas seulement rapport à des dyspeptiques, mais à des malades de tous genres, Glenard (1) a constaté l'amaigrissement dans 54 pour 0/0 des cas et les troubles gastriques dans 77 pour 100. Ces chiffres se rapprochent donc beaucoup des nôtres.

1. Glenard, (*Ptoses viscérales*), Pages 821.

Chez la femme, il s'ajoute un autre facteur, la grossesse et par suite l'entéroptose qui en résulte.

Quant au volume du foie, il ne paraît exercer aucune action sur son déplacement, puisqu'il est presque toujours de dimensions normales chez elle.

Mobilité respiratoire du Foie.

Sur 23 foies mobiles chez la femme à la fin de l'inspiration et ne dépassant pas le rebord des fausses côtes en dehors de la respiration, 15 fois, le foie est de volume normal ; 4 fois il est augmenté et 4 fois diminué.

11 fois, il s'agit de dyspepsie sensitivo-motrice. 10 fois d'hyperchlorhydrie et 2 fois d'hypochlorhydrie.

L'amaigrissement est noté 5 fois, la grossesse 7 fois et la néphroptose 4 fois.

L'amaigrissement et la grossesse qui sont les deux principaux facteurs de la ptose permanente du foie chez la femme sont moins fréquemment observés dans la mobilité du foie. Les phénomènes dyspeptiques sont également moins prononcés. Il en est de même de l'entéroptose. Par contre, on rencontre assez souvent des signes marqués de nervosisme. Les causes indiquées plus haut sont, d'ailleurs, plus atténuées. Aussi le déplacement du foie est-il beaucoup moins grand, sans doute pour cette dernière raison.

Chez l'homme la mobilité se rencontre 21 fois.

Le foie est de dimension normale 19 fois : il est gros 2 fois. 7 fois il s'agit de dyspepsie sensitivo-motrice, 8 fois

d'hyperchlorhydrie, 3 fois de gastrite éthylique, 1 fois d'ulcère de l'estomac, 1 fois de cancer de l'estomac et 1 fois de dilatation vraie. L'éthylisme est noté 11 fois.

L'amaigrissement et les vomissements alimentaires n'existent que 4 fois. Quant à la mobilité du rein droit, elle n'est constatée que 2 fois.

La mobilité du foie est plus marquée que chez la femme : elle atteint en moyenne 3 à 4 travers de doigt sous les fausses côtes et arrive même à l'ombilic dans un cas. L'intensité plus marquée des troubles digestifs chez l'homme, serait sans doute la cause de cette mobilité plus grande.

CONCLUSIONS

1° Les dimensions verticales du foie doivent être déterminées non seulement par la percussion mais aussi par la palpation ascendante et la palpation respiratoire.

2° Sur 560 cas de gastropathie les dimensions verticales du foie, mesurées de cette façon sur la ligne mamelonnaire, ont été trouvées normales 354 fois : 187 fois chez l'homme et 167 fois chez la femme.

Chez 354 malades, on a rencontré des états dyspeptiques et des lésions gastriques de tout ordre.

3° Les dimensions verticales du foie ont paru *inférieures à la normale* dans 115 cas : 75 fois chez l'homme et 40 fois chez la femme, soit au total 20 fois pour 100. L'alcoolisme a été noté dans le 1/3 des cas environ. Chez aucun de ces malades, il n'y avait de signes caractéristiques de cirrhose atrophique.

4° Le foie a été trouvé *augmenté de volume* 91 fois, soit sur 10 pour 100 des cas. Cette augmentation de volume a été observée dans toutes les variétés de dyspepsie, sans qu'il fut possible de désarmer l'action prédominante d'une forme particulière de dyspepsie, ou d'un facteur pathologique d'origine gastro-intestinale.

5° L'alcoolisme paraît avoir une influence considérable

sur la genèse du gros foie chez les dyspeptiques. Dans 52 cas sur 67 hommes gastropathes et dans 8 cas sur 24 femmes, des habitudes alcooliques non douteuses ont été relevées, alors que le foie présentait des dimensions verticales supérieures à la moyenne normale.

Il semble donc parfaitement légitime d'attribuer une importance considérable à l'abus des boissons alcooliques dans l'augmentation de volume du foie chez les dyspeptiques

6° Comme autres facteurs possibles de cette hypertrophie, nous avons encore relevé : la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, le brightisme, le diabète et la cardiopathie.

7° Dans un nombre de cas assez élevé, on a noté une viciation de *fonctions intestinales* : constipation rebelle, diarrhée, alternatives de constipation et de diarrhée, entéro-colite muco-membraneuse, de telle sorte qu'on est amené à se demander si ces troubles intestinaux n'ont pas lorsqu'ils existent une influence plus grande que les viciations de frictions stomacales dans la production du gros foie.

8° Sur 103 dyspeptiques, hommes et femmes, dont l'examen chimique du suc gastrique a été fait, l'hyperchlorhydrie coïncide 48 fois avec le foie normal, 16 fois avec le foie petit et 11 fois seulement avec le foie gros. Quant à l'hyperchlorhydrie, elle existe 18 fois avec foie normal, 6 fois avec foie petit et 4 fois avec foie gros. Il ne paraît donc pas exister de rapport entre le chimisme stomacal et le volume du foie. Dans la majorité des cas, la chlorhydrie ne modifie donc pas le volume du foie.

9° La stase gastrique, même la stase permanente avec

liquide dans l'estomac le matin à jeun, ne paraît avoir aucune influence particulière sur l'augmentation de volume du foie.

10° Les divers états dyspeptiques, les diverses lésions stomacales, ont été rencontrés avec une fréquence à peu près égale chez des gastropathes à foie normal, gros ou petit, de telle sorte qu'il paraît impossible d'établir un rapport entre le volume du foie et la modalité anatomique ou clinique de la gastropathie.

11° L'hépatoptose comprend 2 formes qui représentent probablement deux degrés de déplacement du foie : 1° la mobilité respiratoire, 2° l'abaissement définitif.

Elle a été notée 106 fois sur 560 malades.

L'abaissement a été relevé 62 fois : 39 fois sur 329 hommes et 23 fois sur 231 femmes.

La mobilité respiratoire a été constatée 21 fois chez l'homme et 23 fois chez la femme.

12° L'hépatoptose s'est rencontrée avec toutes les modalités des gastropathies. Elle ne se produit pas plus souvent avec des foies gros qu'avec des foies normaux ou petits.

13° Parmi les facteurs pathogéniques auxquels il semble qu'on puisse rapporter la production de l'hépatoptose, nous pouvons signaler : l'amaigrissement marqué et surtout l'amaigrissement rapide, les vomissements alimentaires répétés et la grossesse. Les vomissements répétés sont du reste souvent une cause d'amaigrissement. Il faut de toute nécessité admettre une prédisposition particulière, puisque les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets chez des individus différents.

Il est à noter que la néphroptose ne paraît pas plus fréquente chez les dyspeptiques atteints d'hépatoptose que chez les autres. L'hépatoptose et la néphroptose seraient donc indépendantes dans une certaine mesure. Il ne paraît donc pas exister de rapport entre le chimisme stomacal et le volume du foie.

Vu et approuvé par le Président de la thèse

BRISSAUD

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Clinique médicale, 4^e édition, tome I. Maladies de l'abdomen, 1839.

Blet. — Etude sur le foie mobile. Thèse de Paris, 1876.

Boas. — Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, 1890.

Bouchard. — Société médicale des hôpitaux, 1884, et exposé des travaux scientifiques, 1886, p. 93 et 94.

Boix. — Le foie des dyspeptiques et en particulier la cirrhose par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Thèse de Paris, 1894, page 75.

— Revue critique des maladies du foie (cirrhose dyspeptique). Archives générales de médecine, 2^e semestre 1899, p. 210.

Broussais. — Sur la duodénite chronique. Thèse de Paris, 1825.

Budd. — On diseases of the liver Third édition, London, 1857.

Debove et Remond. — Traité des maladies de l'estomac page 343, 1894.

Degueret. — Relations pathologiques du foie et de l'estomac. Thèse de Paris, 1894.

Faure (Jean-Louis). — L'hépatoptose et l'hépatopexie. Thèse de Paris, 1892.

Glenard. — De l'entéroptose. Lyon Médical, 1885.

— Ptoses viscérales, 1899.

Hanot et Boix. — D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Congrès de Rome, mars-avril 1894.

Hanot. — Cirrhose de Budd. Archives générales de médecine. Janvier 1899, page 3.

— Considérations sur la cirrhose alcoolique. Semaine médicale (25 août 1893).

— Rapports de l'intestin et du foie en pathologie. Rapport présenté au Congrès français de médecine de Bordeaux, 1895, page 104.

Hayem. — Clinique dans le Bulletin médical n° 49, p. 577, 1894.

Leven. — Traité des maladies de l'estomac, 1879.

Legendre. — Société médicale des hôpitaux, 26 février 1892.

Mathieu Albert. — Sur un procédé particulier de palpation de la région épigastrique et du bord inférieur du foie (Société médicale des hôpitaux, page 179). Année 1894.

— Thérapeutique des maladies de l'estomac.

Landau. — Die Wanderleben, Berlin, 1885.

Milian Gaston. — Deux cas de cirrhose dyspeptique (Bulletin de la Société anatomique). Mars 1899, page 319.

Portal. — Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie, 1813.

Robin. — Les maladies de l'estomac. Diagnostic et traitement (premier fascicule, page 185).

